EDITURA UNIVERSITĂȚII DIN BUCUREȘTI
20 ANI

Alexandru VLAŞIN

Prevenirea recăderii în dependența de droguri

II 452 166
BCU IASI

1864-2014
UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI
150 de ani

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II 452 166
BCU IASI
BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Alexandru VLAŞIN

Prevenirea recăderii în dependenţa de droguri

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Reproducerea integrală sau parţială, multiplicarea prin orice mijloace şi sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziţia publică, inclusiv prin internet sau prin reţele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informaţiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum şi alte fapte similare săvârşite fără permisiunea scrisă a deţinătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislaţiei cu privire la protecţia proprietăţii intelectuale şi se pedepsesc penal şi/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dr. Alexandru VLAŞIN

7077 22
S

Prevenirea recăderii în dependenţa de droguri

ALE
0 000010 71948 BCU IAŞI
BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

editura universităţii din bucureşti®
2014

Referenţi ştiinţifici:

Dr. Mariş Daniel, Institutul Teologic Baptist din Bucureşti
Dr. Sorin Bădrăgan, Facultatea de Teologie Baptistă din Bucureşti
Dr. Alexandru Neagoie, Facultatea de Sociologie şi Psihologie, Universitatea de Vest, Timişoara.

© *editura universităţii din bucureşti*®
Şos. Panduri, 90-92, Bucureşti – 050663; Tel./Fax: 021.410.23.84
E-mail: editura_unibuc@yahoo.com
Librărie online: http://librarie-unibuc.ro
Centrul de vânzare: Bd. Regina Elisabeta, nr. 4-12, Bucureşti –
Telefon: (0040)021.314.35.08/2125
web: www.editura.unibuc.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

VLAŞIN, ALEXANDRU

Prevenirea recăderii în dependenţa de droguri / Alexandru Vlaşin. - Bucureşti : Editura Universităţii din Bucureşti, 2014

Bibliogr.

ISBN 978-606-16-0481-4

613.83

15. MAR. 2018

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Dedic această carte soţiei mele, Camelia, ce îmi este o sursă constantă de dragoste, bucurie şi suport. De asemenea, dedic această lucrare fiicei mele Lavinia, care păşeşte înspre adolescenţa plină de năzuinţe şi speranţă a vieţii.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

Table of Contents

Cuprinsul 7
Abrevieri şi tabele grafice 10
Tabele grafice 10

Capitolul 1. **Definirea termenilor şi a tematicii** 11
1.1. ***Scurt istoric al situaţiei drogurilor în lume şi în ţara noastră*** 11
1.2. ***Definiţii şi delimitări ştiinţifice*** 19
1.2.1. Dependenţa de droguri şi alţi termeni apropiaţi 23
1.2.1.1. Definirea dependenţei şi a efectelor principale. 23
1.2.1.2. Formele de dependenţă şi toleranţă 29
1.2.1.3. Categorii şi tipuri ale dependenţelor. 31
1.2.1.4. Diferenţierea între consumul de droguri şi toxicomania 33
1.2.1.5. Sevrajul şi tratamentul 35
1.2.2. Clasificare multiplă a drogurilor 38
1.2.3. Consumul legal şi consumul ilicit de droguri 48
1.3. Cercetări şi preocupări ştiinţifice 50

Capitolul 2. **Discuţie critică asupra teoriilor explicative ale consumului de droguri** 58
2.1. ***Teorii biologice*** 59
2.2. ***Teorii psihologice*** 63
2.2.1. Trăsături de personalitate 66
2.2.2. Motivaţia – teorii psiho-dinamice – mijloc de apărare asupra impulsurilor 69
2.2.3. Teorii comportamentale – întărirea negativă şi întărirea pozitivă 72

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2.3. *Teorii sociologice* 75
2.3.1. Teoriile procesului social 76
2.3.2. Teoriile structurării sociale 80
2.3.3. Teoriile reacţiilor sociale 89
2.4. *Dimensiunea spirituală în problema consumului de droguri* 92
2.5. *Analiză critică asupra pregătirii profesioniştilor şi familiei dependenţilor* 102
2.5.1. Discuţia instruirii profesioniştilor şi rolul familiei 103
2.5.2. Discuţie critică asupra terapiilor 111

Capitolul 3. **Cercetarea sociologică** 115
3.1. *Documentare prealabilă şi motivaţie* 115
3.2. *Metodologia* 128

Capitolul 4. **Analiză, interpretare, concluzii şi propuneri** 160
4.1. *Analiza şi interpretarea datelor* 160
4.1.1. Cunoştinţe 162
Transferul de cunoştinţe de la profesionişti la beneficiari 162
Transferul de cunoştinţe de la profesionişti la familia beneficiarului 167
4.1.2. Abilităţi 170
Transferul de abilităţi de la profesionişti la beneficiari. 170
Transferul de abilităţi de la profesionişti la familia beneficiarilor 173
4.1.3. Atitudini 176
Transfer de atitudini de la profesionişti la beneficiari... 176
Transfer de atitudini de la profesionişti la familiile beneficiarilor 179
4.1.4. Cadrul transferului către beneficiari şi familiile acestora 182
4.1.5. Contribuţia familiei la prevenirea recăderii 188
4.2. *Rezultatele cercetării* 190
4.3. *Concluzii finale şi propuneri* 194

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

4.3.1. Discuţii despre implicarea familiei 195
4.3.2. Propuneri referitoare la beneficiari 201
4.3.3. Propuneri referitoare la profesionişti, asistenţi sociali.. 203
4.3.4. Elemente de politici sociale privitoare la consumul de droguri 206

Anexa 1. Cadru juridic 209
Bibliografie 213

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Abrevieri şi tabele grafice

AA – Alcoolicii Anonimi (*Alcoholics Anonymous for alcohol dependence*)
DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual, Ediția IV
ICD – International Classification of Diseases
NA – Narcoticii anonimi
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
SAS – Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială din Universitatea Bucureşti

Tabele grafice

Tabel 1. Informații oferite de profesionişti beneficiarilor 162
Tabel 2. Informații obținute de beneficiari de la profesionişti 163
Tabel 3. Cunoştințele necesare profesioniştilor, din perspectiva beneficiarilor..... 165
Tabel 4. Informații oferite de profesionişti familiilor 167
Tabel 5. Cunoştințele necesare profesioniştilor, din perspectiva familie 168
Tabel 6. Abilități oferite de profesionişti beneficiarilor 170
Tabel 7. Abilități obținute de beneficiari de la profesionişti 172
Tabel 8. Abilitățile necesareprofesioniştilor, din perspectiva beneficiarilor 173
Tabel 9. Abilități oferite de profesionişti familiilor 174
Tabel 10. Abilități necesare profesioniştilor, din perspectiva familiilor 175
Tabel 11. Atitudini transferate de profesionişti spre beneficiari 176
Tabel 12. Atitudini obținute de beneficiari de la profesionişti..... 177
Tabel 13. Atitudini necesare profesioniştilor, din perspectiva beneficiarilor..... 179
Tabel 14. Atitudini dorite de profesionişti în familia consumatorului 181
Tabel 15. Atitudini necesare profesioniştilor, din perspectiva familiilor182
Tabel 16. Cadrul transferului menționat de profesionişti 183
Tabel 17. Cadrul transferului, menționat de beneficiari..... 185
Tabel 18. Cadrul transferului, menționat de familia consumatorului 187
Tabel 19. Contribuția familiei, din perspectiva consumatorului..... 189

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Motto:

„Nu există o armă mai eficientă
decât drogurile, pentru a distruge o națiune."
(Jacques-Yves)

Capitolul 1

Definirea termenilor şi a tematicii

Situația îngrijorătoare rezultată din creşterea alarmantă a consumului şi traficului de droguri constituie o problemă presantă pentru societatea contemporană. Amenințarea devine pe zi ce trece tot mai evidentă şi reală, iar în toată lumea sunt milioane de oameni care recurg la consumul de droguri, utilizând diverse substanțe ilegale. Sănătatea şi independența economică personală sunt puse în pericol, iar şansele pentru o viață individuală şi comunitară sănătoasă sunt periclitate. Afectată nu este doar persoana consumatoare, ci şi familia, comunitatea şi, implicit, societatea. Consecințele consumului de droguri se răsfrâng asupra familiei, privată fiind de armonia necesară. Astfel că familia devine martorul autodistrugerii persoanei dependente, iar prietenii şi societatea sunt angrenați şi ei, mai mult sau mai puțin, în acest proces de degradare.

1.1. Scurt istoric al situației drogurilor în lume şi în țara noastră

În ciuda utilizării de mii de ani a diverselor substanțe promițătoare de efecte mistice, dar totodată dăunătoare, statele lumii au rămas insensibile pe plan legislativ la fenomenul consumului de droguri până la începutul secolului al XX-lea. În această perioadă putem discuta doar de acte de legiferare internațională ce erau destinate prioritar pentru reglementarea comerțului şi a utilizării în scop pur medical a substanțelor stupefiante cum ar fi opiul, cocaina şi altele.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Organizaţia Naţiunilor Unite a manifestat primele reacţii evidente prin organizarea unor conferinţe internaţionale ce au generat, astfel, o serie de reguli, atât în ce priveşte comerţul, cât şi utilizarea substanţelor psihotrope, cu scopul opririi fenomenului consumului de droguri, ce începea să devină un fenomen relativ extins.

Înainte de decembrie 1989, în literatura de specialitate din România, consumul de droguri a fost puternic incriminat. Printre puţinii care s-au aventurat să scrie despre acest flagel în ţara noastră au fost Suceavă şi Olaru. Încercarea celor doi de a demonstra perenitatea plăcerilor umane urmată de o „degradare umană", aşa cum aceştia numesc consumul de droguri, i-a dus la concluzia că drogurile constituie un paradis iluzoriu la care un consumator nu va ajunge niciodată, chiar dacă va traversa multiple etape deteriorante ale vieţii.[1]

În România se poate vorbi despre o dezvoltare treptată a situaţiei drogurilor de-a lungul anilor, şi anume, pornind de la tranzacţionare, la consum şi, mai apoi, la producere. Dacă urmărim firul istoric al acestor elemente pe teritoriul ţării noastre, putem observa că îndeletnicirea producerii de leacuri miraculoase era adusă de prin Asia de către vracii „dibaci", care ne-au vizitat ţara în această perioadă sumbră. Mai mult, beneficiarii acestor servicii „selecte" erau cei potenţi material şi, în mod special, conducătorii neamului. Ulterior, lucrurile au devenit tot mai ataşate de meleagurile noastre şi, astfel, putem observa culturi de plante din care mai apoi se rafinau drogurile, iar după anul 1990 se poate remarca treptat cum toate aceste activităţi ilicite devin un fenomen obişnuit pentru România.[2] Încă din perioada interbelică, în România

---

[1] Ion Suceavă şi Olaru Petre, *Paradisul Iluzoriu. Lumea drogurilor – o lume a degradării umane* (Bucureşti, Editura Militară, 1989), pag. 21

[2] Jenica Drăgan, *Drogurile în viaţa românilor: de la Zalmoxis la Ceauşescu: pagini dintr-o istorie inedită* (Bucureşti, Editura Magicart Design, 1996).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

s-au înregistrat primele manifestări ale distrugerii aduse de droguri, astfel că s-a văzut nevoia de intervenție pentru blocarea şi stoparea răspândirii acestui flagel.

Consemnările pe care le avem astăzi ne conduc, mai degrabă, spre modalități de combatere a consumului şi traficului de droguri orientate în două direcții. În primul rând, au fost formulate legi specifice prin care se reglementa problematica drogurilor. A doua latură implicată a fost cea medicală, prin care atât instituția de resort, cât şi specialiştii din domeniu au devenit sensibili la primele forme înregistrate şi au reacționat în consecință.

România a inițiat acte legislative interne şi a ratificat anumite convenții şi protocoale internaționale. Astfel că s-a format un cadru juridic internațional la care țara noastră a devenit parte în această perioadă.[3]

Crearea cadrului legislativ intern referitor la utilizarea drogurilor a urmat la foarte puțin timp după primele convenții internaționale, şi anume, începând cu anul 1936, prin adoptarea Codului penal.[4] Totuşi, chiar şi astăzi acest cadru intern specific domeniului consumului de droguri este actualizat permanent cu propuneri venite din partea Agenției Naționale Antidrog şi a specialiştilor din domeniu.[5]

Legea specifică problematicii drogurilor era Legea nr. 73/1969 privind regimul produselor şi substanțelor stupefiante şi

---

[3]Pentru detaliile actelor normative înainte de anul 1989, vezi anexa 1.A. Vezi şi Pavel Abraham, Toma Vasile Rus şi Adriana Crăciun, *Drogurile, reglementări internaționale şi interne*, Colecția Universitară; Seria juridică (Cluj-Napoca: Editura Dacia, 2004).

[4]Vezi şi Pavel Abraham, *Legislație în asistență socială*, Colecția juridică (Bucureşti: Editura Național, 1999)

[5] Vezi rapoartele ANA privind cadrul legislativ actualizat permanent. Ultimul raport (din 2011) este disponibil şi se poate accesa: http://www.ana.gov.ro/rapoarte_nationale.php, aprilie 2014.

© BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii nr. 103/1970 pentru executarea prevederilor Legii nr. 73/1969. Cele două acte normative reglementează modul de fabricare, extracţie, condiţionare, preparare, depozitare, administrare, distribuire şi transport al anumitor produse şi substanţe stupefiante, precizate în anexa la această lege. Astfel că, traficul de stupefiante este privit ca fiind fapta unei persoane, care, fără drept, produce, cultivă, deţine, experimentează, pune în circulaţie ori organizează şi înlesneşte consumul de produse sau substanţe stupefiante ori toxice, precum şi fapta medicului care prescrie, fără a fi necesar, produse sau substanţe stupefiante.

În articolul 312 din Codul penal în vigoare la acea vreme, incriminarea traficului de substanţe stupefiante sau toxice viza 3 variante:

- traficul propriu-zis, prin producere, deţinere, circulaţie etc.;
- înlesnirea traficului, prin culturi, experimente etc.;
- favorizarea traficului, prin prescripţii medicale.

Nerespectarea legii devenea infracţiunea de trafic de stupefiante şi era sancţionată, potrivit art. 312, cu pedeapsa cu închisoare de la 6 luni la 5 ani. Aceste limite ale pedepsei erau privite ca oferind posibilităţi suficiente de individualizare a pedepsei, în acord cu fapta şi normele în vigoare. Acţiunea penală se declanşa din oficiu fiind considerată o problemă de sănătate publică. În acest sens a fost dat Ordinul ministrului sănătăţii nr. 317/1987, cu privire la lista produselor şi substanţelor stupefiante aflate sub control, special gândit pentru înlesnirea aplicării Legii nr. 73/1969.

În România, până în anul 1989 s-au înregistrat relativ puţine cazuri de dependenţă de droguri sau infracţiuni din categoria traficului de stupefiante. Astfel, cu cele câteva cazuri descoperite anual, ţara noastră era folosită pe post de ţară de tranzit spre Europa de Vest. Autorităţile române au fost preocupate până în anul 1989, în

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

mod special, de asigurarea unui regim strict pentru substanțele stupefiante şi preparatele farmaceutice cu conținut stupefiant, prevăzând în acest scop măsuri coercitive de natură penală sau contravențională, în cazul unor încălcări ale acestuia. În condițiile date, s-au aplicat reguli severe pentru instituirea şi menținerea unui circuit legal şi sigur pentru substanțele stupefiante sau psihotrope, medicamentele cu un conținut stupefiant sau psihotrop, acestea intrând în categoria substanțelor şi produselor cu regim special.

Deşi se pare că accentul cade pe preocuparea integrării sociale a dependentului, totuşi, datorită situației sociale şi economice în cadrul regimului existent, intensitatea acțiunilor vor fi la nivel juridic şi medical. Legea nr. 73/1969 cuprindea elemente importante referitoare la perioada de dezintoxicare şi postcură. Toate aceste acțiuni erau foarte bine corelate doar de prezența medicilor şi a celor din aparatul de urmărire penală. În perioada de dinainte de 1990 preocupările societății româneşti în domeniul dependențelor cădeau în grija psihiatrilor, iar legislația în vigoare intra pe plan secund, datorită incidenței scăzute a traficului, producției sau consumului în afara spațiului spitalicesc sau medical.

Sfârşitul anului 1989 a marcat însă schimbări profunde în România. Din dorința de a crea o nouă societate bazată pe principii democratice, cu libera circulație a persoanelor şi a mărfurilor, România, influențată de mişcările din toată regiunea geopolitică, s-a deschis atât pentru traficanți, cât şi pentru dezvoltarea unei piețe de desfacere. În acest context se poate observa că legile în vigoare la vremea debutului democratic nu au putut să facă față numărului mare de factori care au contribuit la creşterea alarmantă a încălcărilor de lege în acest segment. Tot astfel, slaba mobilizare a forțelor de ordine pentru a stăvili fenomenul şi pentru a impune ordinea s-a dovedit a fi fatală pentru următorii ani de după 1990. Prevenirea încălcărilor de lege a fost intensificată, urmărindu-se

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

stoparea tranzitului, iar focalizarea pe consumatori a fost lăsată, astfel, pe plan secundar.

Dezvoltarea societăţii româneşti, începând cu 1990, a înregistrat câteva etape importante în domeniul luptei împotriva drogurilor. Aceste stagii au avut loc atât în plan normativ, cât şi în practica specifică. Legiuitorii şi profesioniştii au fost provocaţi nu doar să se alinieze standardelor internaţionale, ci şi să conceapă şi să formuleze legi în acord cu realitatea românească.

Prima etapă a dezvoltării unui cadru legislativ a avut loc între anii 1990 şi 2000. Această perioadă a fost caracterizată de o expansiune a traficului de droguri şi începutul dezvoltării pieţei de desfacere în România. Încet, încet se prefigurează rute de tranzit pentru diferite categorii de droguri de la producătorii din Asia Centrală, destinate consumului din centrul şi vestul Europei.

România se află astfel în situaţia de a fi plasată în punctul nodal al tranzitului, fiind determinată să facă faţă acestei situaţii.[6] Astfel că, la începutul anului 2000 nu existau încă modalităţi coerente de luptă împotriva drogurilor, iar până în anul 1999 nu s-a efectuat în România niciun studiu epidemiologic la nivel naţional. Legislaţia era insuficientă ca să mişte resurse şi astfel dezintoxicarea se efectua strict în mediul spitalicesc, iar secţiile disponibile erau extrem de puţine, chiar dacă numărul de consumatori încă nu era exagerat. Experienţa abordării medicale ca unic mijloc de cură şi postcură a condus la rezultate minime, iar unele secţii fie şi-au încetat activitatea, fie au suferit transformări atât în tratamentul propriu-zis (cu substituţi sau diverse terapii), cât şi în atragerea altor profesionişti în echipa formată. Cu toate că psihologi, asistenţi sociali împreună cu alţi specialişti au început deja să contribuie la reintegrarea pacienţilor.

[6] Pentru detaliile actelor normative între anii 1990–2000, vezi anexa 1. B.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Se impunea astfel demararea unei strategii coerente şi unitare în cadrul unui organism guvernamental pentru combaterea şi lupta contra flagelului care amenință ca o „avalanşă albă" securitatea indivizilor, a comunității şi, implicit, a societății.[7] Această strategie trebuia concertată pentru trafic, consum şi tratament în fazele de prevenire, intervenție şi postcură.

Acest lucru a condus la cea de a doua etapă ce începe la sfârşitul anului 2000 şi aduce o schimbare evidentă prin legile adoptate în acest sens, punând bazele intervenției şi, mai apoi, ale unor servicii specializate. Vom menționa mai jos cele mai reprezentative acte normative:

- Legea nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri. Această lege reglementează situația problemei drogurilor privind consumul, traficul, deținerea, cât şi producerea lor. Este primul act major, din perioada de după 1990, ce a intervenit la un moment important în țara noastră aducând o imensă contribuție în lupta contra acestui fenomen.

- Legea nr. 186/2007 privind regimul precursorilor de droguri a fost ulterior completată cu Hotărârea Guvernului nr. 358/2008, care aduce completări la Hotărârea Guvernului nr. 1.489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog. Înființarea acestei agenții a contribuit substanțial la formarea de strategii naționale coerente în lupta contra fenomenului drogurilor. Mai mult, această agenție este interfața potrivită pentru cooperare regională internațională, dar şi în cadrul relațiilor cu instituții similare din țările Uniunii Europene (vezi şi Hotărârea Guvernului nr. 1.543/2009). Ulterior aceste legi au fost completate de Hotărârea Guvernului nr. 461/2011 ce extinde

[7] Alexandru Vlaşin, „Torța antidrog", prezentare realizată în cadrul Conferinței „Spiritualitate şi dependență de droguri", Agenția Națională Antidrog, Bucureşti, 2005.

ASU IASI BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

atribuţiile deţinute de agenţie şi faţă de cooperarea cu structurile de resort din Uniunea Europeană.

- Legea nr. 522/2004 aduce modificări benefice, dar şi completează Legea nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri. Aceste modificări aduc clarificări multiple asupra termenilor folosiţi de specialişti cum ar fi înţelesul termenului de „consumator dependent" sau a programelor de asistenţă.

- Legea nr. 332/2005 de aderare a României la *Convenţia cadru WHO pentru controlul tutunului*. Această lege a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.088 din 2 decembrie 2005 şi este un prim act de coeziune adus de Organizaţia Mondială a Sănătăţii pentru ţări precum România.

- Legea nr. 214/2007 de aderare a României la *Convenţia de cooperare poliţienească pentru Europa de Sud-Est*. Acest document a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 475 din 16 iulie 2007 şi aduce în acord acţiunile ţării noastre cu munca poliţienească prestată de celelalte state europene.

Iată deci că, după 1990, factorul medical trece, la rândul lui, în umbră şi din cauza intensificării traficului de droguri prin ţara noastră, dar şi ca urmare a intensificării consumului autohton se amplifică acţiunile poliţiei şi autorităţilor vamale pentru identificarea acestor infracţiuni. Perioada post-decembristă a fost dominată de ştiri şi acţiuni referitoare la capturi masive de droguri şi eliminarea unor elemente ale crimei organizate. Au fost astfel înăsprite în noile legi, măsurile şi pedepsele celor implicaţi în astfel de infracţiuni.

Metodele de cură pentru dezintoxicare, cât şi posibilităţile, resursele şi investiţia în tratarea medicală a problemei au devenit mai puţin mediatizate şi importante pentru o societate care se luptă cu expansiunea unui fenomen extrem de nociv. Schimbările de

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

mentalitate a specialiştilor însoțite de posibilități restrânse în vederea tratamentelor medicale pentru dezintoxicare au condus la modificări repetate ale tipurilor de tratament. Unele secții spitaliceşti, care erau bazate pe tratament medicamentos, au fost transformate, introducându-se diverse alte terapii, sau chiar au fost închise. De aceea, credem că scurta incursiune în istoria recentă a României ne va oferi doar rampă de lansare pentru o mai mare investiție în studii şi cercetări academice, benefice acestui domeniu atât de vast, dar şi complex al consumului ilicit de droguri.[8]

1.2. Definiții şi delimitări ştiințifice

De-a lungul istoriei, şi în mod special în România, se observă o abundență de expresii ce îmbracă în diverse nuanțe explicative practica utilizării drogurilor. Aceşti termeni cuprind o largă paletă de sensuri ce pot produce reacții variate față de problema consumului de droguri, în funcție de încărcătura conotațiilor pe care autorii încearcă să le transmită cititorilor. Asistăm la utilizarea unei varietăți de sintagme, de la stiluri de exprimare ce îşi propun parcă să deschidă orizontul persoanei spre un abis dorit până la expresii ce colorează consumul de droguri în tonuri extrem de sumbre. Vom încerca să redăm o bună parte din aceste supradenumiri identificate în literatura de specialitate, fără însă a le încadra în categorii sau liste predefinite.

Denumiri şi supradenumiri ale drogului

În *Dicționarul enciclopedic de droguri*, consumul acestora este descris în mod plastic ca fiind „drumul spre rai, denumirea argotică dată consumării unui drog, perioada în care individul se află sub

---

[8] Denis Richard şi Senon Jean-Louis, *Dicționar de droguri, toxicomanii şi dependențe*, ed. Pavel Abraham (Bucureşti, Editura Ştiințelor Medicale, 2005), pag. 13–27.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

efectele „plăcute" ale acestuia".[9] Cu toate că autorii nu îşi propun încurajarea folosirii drogurilor, unii ar putea deduce că efectele acestora chiar pot facilita o astfel de experienţă, deoarece nu sunt precizate imediat şi efectele devastatoare ale acestei practici, aşa cum face, spre exemplu, grupul de autori străini care explică, la rândul lor, şi consecinţele negative.[10] Aceşti autori recurg la o gamă de expresii ce combină divinul cu umanul. De exemplu, ei vorbesc de „zeul vegetal" sau „moartea albă".[11] Combinarea acestor două domenii pare o practică des întâlnită, datorită efectelor euforice produse de droguri. În acest context, o scurtă, dar relevantă analiză realizată de un scriitor român, citând atât autori autohtoni, cât şi străini, dezvăluie înaintea ochilor noştri, mai sterili, probabil, din punct de vedere artistic, o realitate ce iniţial pare contradictorie cu percepţia cotidiană a celor vrăjiţi de mirajul „demonului chimic".[12] Autorul analizează trei aspecte ale fanteziei amăgitoare generate de consumul substanţelor halucinogene. În primul rând, afirmă că nu există dovezi şi rezultate suficient validate care să demonstreze că administrarea drogurilor determină „înălţarea către infinit" descrisă similar şi în cartea *Paradisurile artificiale*,[13] capabilă să genereze crearea unei opere muzicale sau a unui tablou pictat, ci mai degrabă

---

[9] Costică Voicu, Drăgan Jenică şi Popescu Constantin, *Dicţionar enciclopedic de droguri* (Bucureşti: Serviciul Editorial, 1991), pag. 75

[10] Richard şi Jean-Louis, *Dicţionar de droguri, toxicomanii şi dependenţe*, pag. 352

[11] Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri*, 1991. Are în vedere finalitatea nefastă a consumului de stupefiante, atrăgând atenţia asupra pericolului pe care îl reprezintă o astfel de acţiune, pag. 145.

[12] Gheorghe Grigurcu, „O farsă metafizică" *Secolul 21* 1–4 (2004). Toate expresiile citate în ghilimele din acest paragraf aparţin autorului articolului.

[13] Charles Baudelaire, *Paradisurile artificiale* (Bucureşti: Editura Univers, 2001). Acest autor se joacă parcă cu mintea cititorului, oferind atât abisul întunecat al efectelor substanţelor, cât şi descrieri precise asupra năzuinţelor căutate de dornicii consumatori. Vezi, de exemplu, elogiul adus vinului din capitolul I (pag. 8–15) sau al haşişului din capitolul IV (pag. 18–29).

se limitează la a „mima emoția estetică". Mai mult, chiar dacă inițial promisiunea creației „ți se revelează în forme necunoscute", ulterior, sub influența „zeului vegetal", obiectele exterioare iau forma unor „aparențe monstruoase." Iată că spiritul creator rămâne marcat negativ, sub impactul urâtului, iar eliberarea sau înălțarea spre forme necunoscute nu este benefică din punct de vedere artistic ființei umane. În al doilea rând, editorialul scriitorului Grigurcu aduce în discuție ieşirea sufletului sau eliberarea persoanei „în armonia cosmică", sugerând suspendarea eului în favoarea unei „beatitudini panteiste". Contopirea astfel realizată cu obiectele din jur nu oferă libertatea spre care se tânjeşte, ci are valențe de subjugare a persoanei sub forma şi culoarea purtate de obiect, devenind simboluri ale acestuia. În al treilea rând, autorul spune că drogul promite a fi un „surogat al iluminării", o „excitație angelică" sau „fericire absolută", care aspiră să-i ofere puteri inimaginabile, să-l ducă spre culmi ale fericirii, să-i rezolve toate problemele, sau chiar să-l transforme pe om în Dumnezeu. Toate aceste deziderate demonstrează că unii apelează la mirajul substanțelor halucinogene din dorința disperată de a deschide uşa autoeliberării sau a unei stări superioare, atât în creație, dragoste, cât şi în experiențe de cunoaştere de puteri supranaturale, inaccesibile altminterea.[14]

Din punct de vedere semantic, conform *Dicționarului explicativ al limbii române*, avem mai multe definiții ce ne ajută să înțelegem sensurile termenilor cei mai uzuali referitori la droguri:[15]

---

[14] Este interesant de citit şi articolul lui Hines-Davenport ce descrie relația dintre artiştii scriitori şi consumul de droguri, vezi Robert Hines-Davenport, „Scriitorii şi drogurile", *Secolul 21* 1–4 (2004), pag. 190–194.

[15] Academia Română, *Dicționar explicativ al limbii române, Ediția a II-a* (Bucureşti: Univers Enciclopedic, 1998).

- *drogul* este definit ca o „substanţă de origine vegetală, animală sau minerală, care se întrebuinţează la prepararea unor medicamente şi ca stupefiant";

- *stupefiantul* este o „(substanţă medicamentoasă) care inhibă centrii nervoşi, provocând o stare de inerţie fizică şi psihică, şi care, folosită mult timp, duce la obişnuinţă şi la necesitatea unor doze crescânde; substanţa, care prin folosire repetată, dă naştere fenomenului de obişnuinţă";

- *psihotrop* se referă la un „(medicament) cu acţiune asupra psihicului"[16]

- *narcotic* reprezintă o „substanţă, medicament care provoacă narcoză".

Se poate observa că în toate aceste cazuri, definiţiile sunt cantonate în domeniul farmacologic, descriind reacţii majoritar fizice persoanei consumatoare de droguri. O posibilă explicaţie este că, mulţi ani, România s-a confruntat cu acest aspect al consumului de stupefiante preponderent în relaţie cu domeniul farmacologic. O altă posibilă explicaţie este ca studiile de specialitate recente încă nu au intrat suficient de bine în literatura naţională şi au rămas astfel ancorate în mediul medical. Cu toate acestea, putem observa din practica obişnuită că sensurile termenilor din domeniul drogurilor transcend contextul medical şi caută în continuare noi elemente explicative, ce pot picta un tablou mai complex al acestui fenomen din ce în ce mai sofisticat. În ce priveşte utilizarea drogurilor există şi aici o varietate de definiţii ce includ şi efectele pe care le are asupra persoanei. Trebuie să recunoaştem că definiţiile acestor termeni, care în majoritatea situaţiilor sunt folosiţi ca sinonimi, au un caracter general, dar nu cuprinzător. De aceea, domeniul acesta este atât de vast şi complex, iar perspectivele viitoare nu prevăd o simplificare a lui, ci o constantă ramificare, datorită capacităţii de inovaţie atât a

[16] Vezi şi Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri, 1991*, pag. 185.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

utilizatorilor, cât şi a efectelor produse de ele, descoperite şi înțelese din ce în ce mai mult.

Privit dintr-un alt unghi, drogul este definit ca „orice substanță ilicită sau licită care, consumată fie din motive medicale, fie din alte motive, dă fenomene de dependență, adică necesită creşterea progresivă a dozei consumate şi face foarte dificilă întreruperea acestui consum".[17] Astfel că avem încorporate de către autor atât dimensiunea legală a fenomenului, cât şi aspectele efectelor nocive asupra consumatorului. Vom reflecta mai pe larg la aspectul legal, dar în ce priveşte efectele consumului vom defini în următorul subcapitol multiplele implicații ale dependenței de consumul de droguri.

1.2.1. *Dependența de droguri şi alți termeni apropiați*

1.2.1.1. Definirea dependenței şi a efectelor principale

Dependența este definită ca fiind „situația de subjugare a unui individ de administrarea unui drog. Întreruperea acestuia din urmă antrenează o stare de rău psihic, chiar şi fizic, care determină subiectul să-şi continue consumul."[18] Prin această definiție sunt introduse două concepte. În primul rând, este vorba de aspectul legat de subjugarea sau înrobirea persoanei consumatoare, ce este direct legată de necesitatea de continuare a consumului. În al doilea rând, se poate vorbi despre necesitatea administrării (introducerii) unei substanțe (drog) în corpul persoanei dependente. Aceste două elemente sunt strâns legate de definiția drogului discutată în subcapitolul anterior, ce are de a face cu dimensiunea farmacologică sau a efectelor chimice asupra persoanei ce consumă drogul. În

---

[17] Ruxandra Răşcanu, *Alcool şi drogurile: „Virtuți" şi capcane pentru tineri (Abordare psihologică)* (Bucureşti: Editura Universității din Bucureşti, 2004), pag. 19.

[18] Richard şi Jean-Louis, *Dicționar de droguri, toxicomanii şi dependențe*, 2005 pag. 475.

sprijinul acestei definiţii vin şi alţi specialişti români, care susţin că „dependenţa este o formă de intoxicaţie cronică ce rezultă din consumarea repetată de substanţe toxicomanogene fără motivaţie medicală. În toxicomanie, înclinaţia de a consuma droguri conduce la o stare de subordonare, de cele mai multe ori tiranică, a unui individ faţă de un drog care îi condiţionează comportamentul existent, relaţiile familiale şi sociale".[19] Tot aici avem şi perspectiva oferita de Stroescu, care spune că „dependenţa este o stare de intoxicaţie cronică, ce este caracterizată prin necesitatea constrângătoare de folosire a unor substanţe toxice sau medicamente".[20] Mai mult, Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a oferit punctul de referinţă în munca depusă de specialişti în periplul lor de a defini dependenţa. Astfel că, definiţia oferită de această organizaţie a marcat puternic gândirea şi practica specialiştilor. OMS afirmă că „prin dependenţă se înţelege starea psihică sau fizică ce rezultă din interacţiunea unui organism cu un medicament, caracterizată prin modificări de comportament şi alte reacţii, însoţite întotdeauna de nevoia de a lua substanţă în mod continuu sau periodic, pentru a-şi resimţi efectele psihice şi uneori pentru a evita suferinţa".[21] Iată că majoritatea autorilor români, atât cei care au scris înainte de 1989, cât şi cei ce au scris după această dată, au rămas ancoraţi în dimensiunea preponderent farmacologică a dependenţei. Acest lucru este de înţeles având în vedere că viciile societăţii româneşti au fost mai degrabă observate în această categorie de folosire a substanţelor nocive, şi mai puţin în alte sfere ale dependenţei. În acelaşi timp, se impune diferenţierea propusă de

[19] Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri*, 1991, vezi definiţia dependenţei, pag. 52

[20] Valentin Stroescu, *Farmacologie clinică* (Bucureşti: Editura Medicală, 1977), pag. 85.

[21] Voicu, Jenică, şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri*, 1991, vezi definiţia dependenţei, pag. 53

Răşcanu legată de toxicomanii.[22] Autoarea susţine că există o trecere de la dependența de stupefiante, denumită „toxicomania majoră", la „toxicomania minoră", bazată pe medicamente mai accesibile consumatorilor. Totuşi, având în vedere că înainte de 1990 în România se găseau mai greu stupefiante, şi astfel, în mod curent, consumatorii foloseau medicamente, putem concluziona că asistăm la un ciclu repetabil al dependențelor, de la medicamente la stupefiante şi înapoi.

Un alt autor defineşte adicția (*addiction*, engl.) ca pe o „dependență fiziologică şi psihologică de o substanță ce conduce spre o toleranță, în cazul simptomelor sevrajului, când substanța nu mai este prezentă. Adicția de substanțe include alcoolul, tutunul, narcoticele şi multe alte sedative".[23] Această definiție ce apare în *Dicționarul de asistență socială* (*The Social Work Dictionary*), condiționează dependența de folosirea unor substanțe, în ciuda faptului că lucrarea a fost elaborată relativ recent. Probabil că şi acest autor a preluat respectivul concept tot de la OMS, care defineşte farmacodependența ca fiind „o stare psihică şi câteodată somatică, rezultat al interacțiunii între un organism viu şi un drog, care se caracterizează prin modificări comportamentale şi alte reacții, conducând la pulsiunea către consumul produsului de manieră continuă sau periodică, în scopul redobândirii efectelor sale psihice şi câteodată pentru a evita suferința deprivării".[24] Acest indiciu al interacțiunii organismului viu cu un drog este vital în delimitarea dependențelor ce pot interveni în viața unei persoane. Atunci când vorbim despre dependențe de substanțe, această interacțiune este

---

[22] Ruxandra Răşcanu, *Dependență şi drog: aspecte teoretice şi clinice ameliorative* (Bucureşti: Editura Universității din Bucureşti, 2008), pag. 32

[23] Robert L. Barker, *The Social Work Dictionary*, 5th ed. (Washington, DC: NASW Press, 2003).

[24] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „Virtuți" şi capcane pentru tineri, 2008, (Abordare Psihologică)*, pag. 25.

© IASSI-ETRAU UNIVERSITY LIBRARY

condiţie prestabilită ca dependenţa să poată interveni. Comparativ cu alte feluri de dependenţe care nu presupun neapărat administrarea unei substanţe într-un mod sau altul, toxico-dependenţa sau dependenţa de stupefiante are la bază interacţiunea acesteia cu corpul în care este inserat şi efectele pe care le are asupra acestuia din urmă. Mai mult, termenul de adicţie, urmat de cel al habituării cu drogul, folosit încă din anii 1920, sugerează, mai degrabă, influenţa şi amprenta domeniului farmacologic datorat de efectele substanţelor folosite. Astfel că, la recomandarea OMS, aceşti termeni sunt preponderent înlocuiţi cu cel al dependenţei, care poate căpăta multiple forme.[25] De aceea, probabil că majoritatea profesioniştilor de astăzi, care se adresează acestui aspect al consumului de droguri, folosesc termenul de „dependenţa de substanţe".[26]

În ultimii ani însă, din ce în ce mai mult, putem vedea preocuparea specialiştilor din domeniul dependenţei şi faţă de alte valenţe, la fel de valide în strădaniile de formulare a unei definiţii inclusive ale dependenţei. Astfel că, avem, de exemplu, o lucrare remarcabilă în acest sens, ce aduce în discuţie fenomenul dependenţei în „relaţia cu obişnuinţele şi activităţile" de tipul: jocurile de noroc, folosirea internetului, mâncatul excesiv, cumpărături şi altele.[27] Mai mult, într-o altă lucrare ce încearcă să definească adicţia, autori din diverse perspective de abordare profesională sunt de acord că există o serie de asemănări patologice şi comportamentale între consumatorii de substanţe nocive şi jucătorii înrăiţi ai jocurilor de noroc sau persoanele care au obiceiul

[25] WHO, *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (Geneva: WHO, 1994), pag. 6.
[26] Barker, *The Social Work Dictionary*.
[27] Howard Padwa şi Jacob Cunningham, *Addiction: A Reference Encyclopedia* (Santa Barbara, California: ABC-CLIO, 2010), pag. 1.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de a mânca excesiv.[28] Aceste definiții sunt, probabil, mai cuprinzătoare datorită includerii altor tipuri de dependențe (ex: jocuri de noroc), dar şi prin extinderea fenomenului dependenței asupra manifestărilor comportamentale. Avem, astfel, dimensiunea efectelor farmaceutice şi biologice, dar şi pe cea psihologică şi comportamentală, chiar în lipsa unei substanțe inserate în corpul persoanei dependente (ex: dependent de cheltuieli). Totuşi, în ce ne priveşte, în această lucrare vom rămâne în sfera dependenței de substanțe, şi în mod special a celor ilicite.

Dependența de droguri include o serie întreagă de alte aspecte şi termeni ce vor fi discutați în această lucrare. Iată ce spunea un autor român: „dependența constă în următoarele elemente: toleranță, sevraj, lipsa de control asupra cantității consumului, urmată de eforturi eşuate de a o face, risipirea timpului personal în activități legate de consumul substanței cu restrângerea consecutivă a unor activități sociale şi ocupaționale, altădată obişnuite pentru individul în cauză, şi consumul substanței în pofida conştiinței individului că va suferi psihologic şi fizic din aceasta cauză".[29] De aceea, în următoarele pagini vom încerca să definim şi aceşti termeni colaterali.

Deoarece am folosit deja termenul de toxicodependență, se impune şi definirea lui, cât mai aproape de cerințele academice. De aceea, am apelat la autori români care spun că „toxicomania este cuvântul care presupune obişnuința morbidă (bolnăvicioasă) a unor oameni de a folosi doze repetate şi crescânde de substanțe toxice, între care stupefiantele ocupă un loc central".[30] Sinonim acestui

---

[28] Don Ross et al., *What Is Addiction?* (Cambridge, Mass.; London: MIT Press, 2010), pag. ix.

[29] Mihăilescu. Prelipceanu „Scurt tratat", *Secolul 21* 1–4 (2004).

[30] Suceavă şi Petre, *Paradisul Iluzoriu. Lumea drogurilor – o lume a degradării umane, 1989*, pag. 9.

© IASI/ FILIERA UNIVERSITARA

termen ar putea fi farmacodependenţa, dacă ne referim strict la dependenţe de medicamente, aşa cum am discutat mai sus. În ambele situaţii prezentate aici avem de a face cu o folosire greşită (*misuse*, engl.) a substanţelor în discuţie sau cu o folosire abuzivă, prin utilizarea nepotrivită şi exagerată (*drug abuse*, engl.) a acestora,[31] indiferent de legalitatea lor sau nu. De aceea, folosirea greşită sau abuzivă determină legalitatea utilizării lor şi, implicit, forma de dependenţă. De aici derivă şi dependenţa de medicamente substitutive şi legale, cum ar fi metadona.

Substituţia de drog este „metoda de tratament diferită de restul tehnicilor pentru că ea nu neagă dependenţa, ci încearcă să o controleze cât mai bine. Luaţi foarte frecvent, substituenţii (medicamente) pot duce la dependenţă, deoarece în organism ei se transformă în morfină".[32] Astfel că, dependenţa de medatonă sau alţi substituenţi ar putea fi mai înşelătoare decât dependenţa de substanţa pe care o înlocuieşte, deoarece vine cu un grad de speranţă ce presupune o linişte căutată prin evitarea efectelor devastatoare produse de substanţa înlocuită. În realitate, efectele substanţei înlocuitoare pot fi mai dăunătoare organismului uman, chiar dacă nu induc celelalte efecte impulsive sau tulburările de personalitate.

În finalul trecerii noastre în revistă a termenilor legaţi de dependenţă se cuvine să amintim şi alternativa reală, ce se află la polul opus al dependenţei, şi anume: abstinenţa. Abstinenţa este definită ca fiind „reţinere voluntară şi durabilă de la consumul unui produs susceptibil de a da dependenţă, este un obiectiv al curei de dezintoxicare şi se consolidează prin postcură".[33]

---

[31] Richard şi Jean-Louis, *Dicţionar de droguri, toxicomanii şi dependenţe*, 2005, pag. 352

[32] Ruxandra Răşcanu şi Mirela Zivari, *Psihologie şi psihopatologie în dependenţă de drog* (Bucureşti: Ars Docendi, 2002), pag. 202–204.

[33] Richard şi Jean-Louis, *Dicţionar de droguri, toxicomanii şi dependenţe*, 2005, pag. 352

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pentru a înțelege mai bine dependența vom încerca în următoarele subcapitole să observăm formele de dependență, clasificarea acestora, diferențieri în termeni, alternativele dependenței și soluțiile pentru aceasta.

1.2.1.2. Formele de dependență și toleranță

Majoritatea specialiștilor în domeniul dependenței de droguri ar spune că „în funcție de natura tulburărilor sau modificărilor ce apar la nivelul organismului, dependența este de două tipuri: psihică și fizică".[34] Aceasta este o împărțire clasică ce stă la baza intervenției realizate de profesioniști. O bună parte dintre specialiști se concentrează doar pe unul dintre cele două aspecte (fie cel biologic, fie cel psihologic), dar sunt mulți care încearcă o abordare complexă față de dependență.

Luate pe rând, fiecare dintre aceste două dependențe își au definițiile lor. Dependența fizică este explicată ca fiind „o stare adaptativă care are drept consecință apariția tulburărilor fiziologice intense din cauza consumului repetat al unui drog și care impune continuarea folosirii substanței pentru a preveni teribilele simptome de abstinență".[35] De aici se trage și preocuparea majoră a multor farmacologi, medici și psihiatri care doresc să răspundă aproape exclusiv prin teorii biologice problematicii dependenței.

Pe de altă parte, avem dependența psihică ce „reprezintă necesitatea emoțională dobândită față de consumul unui drog și este determinată de un complex de factori de ordin farmacologic, psihologic și social".[36] Iată că autorul acestei definiții nu se

---

[34] Voicu, Jenică, și Popescu, *Dicționar enciclopedic de droguri, 1991*, vezi definiția dependenței, pag. 52–53

[35] Răşcanu, *Alcool și droguri: „Virtuți" și capcane pentru tineri, 2008, (Abordare Psihologică)*, pag. 52.

[36] Ibid., pag. 52.

CHASIDIM UNIVERSITY LIBRARY

desprinde total de influenţa farmacologică, dar recunoaşte implicaţiile psihologice şi sociale ale dependenţei. În practică, mulţi psihologi şi terapeuţi tind să ofere soluţii exclusiv psihologice problemelor dependenţei, pornind de la premisa teoriilor psihosociologice în acest domeniu.[37] În acelaşi spirit se poate vedea aplecarea celor din domeniul farmacologic spre o înţelegere psihologică a fenomenului, dar fără să le scape din vedere dimensiunea dependenţei fizice.[38]

O altă departajare în formele de dependenţă o reprezintă cea menţionată de Răşcanu prin trei grade, şi anume: dependenţa **uşoară, moderată şi severă.** Dependenţa uşoară este explicată prin existenţa unor „criterii cerute pentru a pune diagnosticul, dar simptomele duc la o uşoară deteriorare a activităţii profesionale sau zilnice, dar şi în relaţiile cu ceilalţi". Nivelul moderat se situează între cel uşor şi sever. Iar stadiul sever „este marcat de existenţa criteriilor şi simptomelor pentru a pune diagnosticul, iar aceste simptome interferează în mod evident cu activitatea zilnică şi profesională a persoanei".[39] Iar stadiul sever „este marcat de existenţa criteriilor şi simptomelor pentru a pune diagnosticul, iar aceste simptome interferează în mod evident cu activitatea zilnică şi profesională a persoanei". Iată cum această perspectivă ne oferă o înţelegere mai profundă a dependenţei şi poate ajuta în mod practic la administrarea soluţiilor necesare în fiecare situaţie aparte.

Pe lângă aceste forme de dependenţă găsim în literatura de specialitate o strânsă legătură a dependenţei cu toleranţa. Voicu precizează faptul că „starea de dependenţă este însoţită sau nu de

---

[37] Pentru o aprofundare mai amplă a acestor teorii, vezi capitolul 2 al acestei lucrări.

[38] Stroescu, *Farmacologie clinică, 1977*, pag. 85

[39] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „Virtuţi" şi capcane pentru tineri, 2008, (Abordare Psihologică)*, pag. 50.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

toleranță".[40] Astfel că putem afirma că nu orice dependență implică instantaneu şi toleranță.

În situațiile în care dependența presupune toleranță, aceasta este caracterizată „printr-o diminuare a efectelor produse de aceeaşi doză de drog, existând deci o pierdere a sensibilității față de drog".[41] Mai mult, în *Dicționarul enciclopedic de droguri* toleranța este definită ca reprezentând „sensibilitatea redusă sau absența unui organism la unele acțiuni ale substanțelor farmaceutice active".[42] Astfel că, dependența are la bază toleranța, iar aceasta din urmă necesită o administrare „crescândă şi repetată a substanțelor psihoactive, cu necesitatea creşterii dozei pentru obținerea efectului".[43]

Toate aceste definiții legate de toleranță sunt adânc focalizate pe aspectul farmacologic, potrivite pentru dependența fizică. Sperăm că în viitor vom asista şi la o aprofundare a elementelor toleranței şi în aspectele legate de dependența psihică ce ar putea, probabil, contribui la încurajarea dependenților spre lipsa răspunsului la stimulul drog şi aceasta să conducă la abstinență.

1.2.1.3. Categorii şi tipuri ale dependențelor.

Pe lângă formele de dependență prezentate mai sus am putea realiza o clasificare a dependențelor în funcție de tipul drogului folosit. Se poate spune că există dependențe de tip cocainic, de tip canabis, halucinogen sau chiar de tip solvent.[44]

---

[40] Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicționar enciclopedic de droguri, 1991*, vezi definiția dependenței, pag. 52–53

[41] Richard şi Jean-Louis, *Dicționar de droguri, toxicomanii şi dependențe, 2005*, pag. 740.

[42] Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicționar enciclopedic de droguri, 1991*, pag. 220

[43] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „Virtuți" şi capcane pentru tineri*, 2008, *(Abordare Psihologică)*, pag. 52.

[44] Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicționar enciclopedic de droguri, 1991*, pag. 53.

În cazul unor situații când consumatorul folosește mai multe tipuri de droguri se poate discuta de o polidependență. Acest lucru este des întâlnit în mod special pentru consumatorii de droguri legale, dar combinate cu cele ilegale în metoda de administrare. De exemplu, alcool şi barbiturice sau tutun şi heroină introdusă în țigară. Polidependența poate cauza dificultăți majore în terapii, fie farmacologice sau psihologice datorită complexității necesare în intervenție.

Dintr-un alt punct de vedere, dependențele pot fi catalogate în funcție de tipurile de activități şi obiceiuri preluate de către consumator. Aici avem o multitudine de tipuri cum ar fi: internet, jocuri video, emisiuni TV, sexul şi pornografia, obiceiul de a mânca excesiv, cheltuirea fără control la cumpărături, substanțe nocive şi altele. Bineînțeles că nu toate acestea au la bază droguri ilegale, dar maniera în care pot fi folosite ar putea depăşi normele legii. De exemplu, folosirea excesivă a unui medicament sau aliment în vederea producerii efectelor similare unor droguri. Ceea ce putem observa este că un lucru bun poate fi folosit greşit şi astfel rezultatul este unul distructiv, atât pentru persoana în cauză, cât şi pentru cei apropiați sau pentru societate, în general.

Dacă ne uităm la efectul în lanț al dependenței am putea spune că există posibilitatea unui tip de dependențe legate între ele în relație de subordonare. De exemplu, am putea discuta dependența de heroină. Motivul pentru care s-a ajuns la această dependență ar putea să fie unul al deciziilor greşite luate de persoana în cauză[45] sau, pur şi simplu, sunt evidențiate diversele teorii biologice. Indiferent de cauza reală, se poate vorbi totuşi despre o cauză din care subiectul nu poate ieşi decât prin consum al

[45] Gene M Heyman, „Addiction: A Latent Property of the Dynamics of Choice", în *What Is Addiction?*, ed. Don Ross, et al. (Cambridge, Massachusetts/ London, England: MIT, 2010).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

unui produs chimic, alimentar sau vizual. Astfel că, răspunsul lui la stimulul extern duce la dependența pe care o vom numi primară. Pentru a înlocui această dependență se utilizează un substituent. Acest substituent poate, la rândul lui, să ducă la o nouă dependență pe care am putea să o numim dependență secundară. Ideea este că atât timp cât există o formă de dependență, primară sau secundară, persoana nu poate fi considerată liberă sau abstinentă total. În acest lanț e posibil ca dependențele să se succeadă la mai multe niveluri şi cu implicații multiple. De aceea, o astfel de propunere poate aduce o escaladare a dependențelor pentru a fi tratate toate nivelurile şi, astfel, acoperite toate tipurile de nevoi ale persoanei în acordarea tratamentului.

1.2.1.4. Diferențierea între consumul de droguri şi toxicomania

Discutând despre dependența de droguri există o diferențiere ce necesită să fie realizată între consumul de droguri, toxicomania şi dependența de droguri. Deja am discutat suficient despre dependență ca să putem înțelege că aceasta este diferită de toxicomanie prin faptul că toxicomania necesită o substanță toxică pentru a putea duce la dependență. Odată instalată necesitatea de consum continuu al acestei substanțe atunci putem discuta de toxicodependență sau toxicomanie. Mai mult, toxicomania presupune şi un comportament neuronal, modificat în timp, care să solicite administrarea permanentă a substanței în cauză. Pentru ca toxicomania să se instaleze, după cum spune şi următorul autor, este nevoie de timp „pentru a modifica mai mult sau mai puțin durabil homeostazia sistemului nervos central".[46] În acelaşi timp, toxicomania presupune şi un comportament obsesiv ce intră astfel

[46] Richard şi Jean-Louis, *Dicționar de droguri, toxicomanii şi dependențe, 2005*, pag. 456.

CUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

sub incidenţa specialiştilor psihiatri. De aceea, toxicodependenţa şi toxicomania sunt cuvinte cu nuanţe diferite, unde toxicomania implică şi o boală psihică necesar a fi tratată ca atare, după cum explica autorul următor: „toxicomania evidenţiază tulburările psihiatrice care domină „tabloul clinic al toxicomanilor" şi care nu presupune intoxicaţii cronice precum alcoolismul".[47] Astfel autorul face o distincţie între bolile psihice şi toxicodependenţe şi, implicit, propune intervenţii diferite pentru ambele probleme cu care se confrunta persoana.

Din punct de vedere al altor autori, consumul de droguri şi abuzul de droguri sunt privite la acelaşi nivel. Iată ce spun aceştia citând surse ale OMS: „folosirea excesivă continuă sau sporadică a drogurilor, incompatibilă sau fără legătură cu practica medicală, este considerată drept consum ori abuz".[48] Mai sus am explicat termenul de „abuz", iar în lista de mai jos, autorii susţin că abuzul de droguri poate fi:

- **excepţional**, constituind în sine operaţiunea propriu-zisă de a încerca o dată sau de mai multe ori un drog, fără a continua această practică;
- **ocazional**, folosire a drogurilor în formă intermitentă, fără a se ajunge la dependenţă fizică şi psihică;
- **episodic**, folosirea drogurilor într-o anumită împrejurare;
- **sistematic**, folosirea drogurilor caracterizată de apariţia şi instalarea dependenţei.

Folosirea drogurilor ilicite este un abuz, indiferent de cantitatea sau frecvenţa utilizării lor. Cu toate acestea, consumul de droguri într-o forma legală este permis doar cu aprobarea medicului

---

[47] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „Virtuţi" şi capcane pentru tineri, 2008, (Abordare Psihologică)*, pag. 24.

[48] Voicu, Jenică, şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri, 1991*, vezi definiţia *abuzul de droguri*, pag. 9.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

în scopul tratamentului şi acesta nu este abuz, chiar dacă este consum. Iată deci că toxicodependența şi consumul abuziv sunt concepte distincte, în funcție de motivația administrării drogurilor.

Privind consumul prin prisma legislației actuale în vigoare vedem o diferențiere între simplul consum şi consumul dependentului.[49] În primul caz este subliniată administrarea drogului în mod ilicit, iar în cazul consumului dependentului sunt evidențiate „consecințe fizice şi psihice conform criteriilor medicale şi sociale".[50]

Richard şi Senon ne oferă cinci caracteristici distincte prin care toxicomania se diferențiază de simplul consum. „În cuvântul toxicomanie sunt definite practici de consum eterogene care cuprind natura produselor, modurile de consum, în timp ce termenul ar trebui sa desemneze doar ansamblul elementelor ce caracterizează dependența unui subiect de consumul unui drog: a) compulsivitatea; b) menținerea unui comportament în ciuda consecințelor negative; c) obsesia în ce priveşte căutarea produsului; d) culpabilitatea în timpul utilizării; e) prezența simptomelor de sevraj."[51]

Corelând cele două explicații ale autorilor de mai sus putem înțelege că toxicomania presupune mecanisme psihiatrice mai complexe decât ale unui simplu consum de droguri, iar acesta, la rândul lui, poate include abuzul de substanțe, în situația în care este administrat fără recomandarea medicului.

1.2.1.5. Sevrajul şi tratamentul

Sevrajul (*withdraw*, engl.) se instalează în perioada imediată a întreruperii utilizării unui drog administrat unei persoane şi față de

---

[49] *Prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri*, Legea nr. 143/2000, art. 1, lit. h şi h1.

[50] Ibid., art 1; alin. h1.

[51] Richard şi Jean-Louis, *Dicționar de droguri, toxicomanii şi dependențe, 2005*, pag. 741

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

care s-a creat situaţia de dependenţă. Altfel spus, sevrajul reprezintă „sindromul de abstinenţă".[52] În această perioadă au loc o serie de reacţii chimice care afectează fizic persoana în cauză. Sevrajul vizează în mod exclusiv efectele biologice, dar, în acelaşi timp, aceste efecte pot conduce spre chestionarea puternică a motivaţiei dorinţei de abstinenţă a persoanei. Intervenţia specializată pentru atenuarea sevrajului reprezintă „stadiu iniţial de îngrijire a subiecţilor dependenţi fizic de substanţe psihoactive (...) şi vizează limitarea stării de rău fizic şi psihic legate de sindromul de lipsă".[53] În practică, sevrajul era folosit în trecut ca o metodă de a convinge persoana dependentă să nu mai apeleze la droguri, dar azi se doreşte ca această perioadă să fie cât mai redusă şi să se treacă prin ea cât mai uşor, în aşa fel încât efectele secundare să fie diminuate la maximum.

Din punct de vedere al locaţiei putem discuta de sevraj:[54] a. în mediul **spitalicesc,** în care timp de 10 zile persoana se află sub tratament, iar apoi încă 6 luni de recuperare şi convalescenţă. Doar 1 din 5 dependenţi (adică 20%) este salvat în acest interval de 6 luni; b. în mediul **carceral,** în detenţie, unde nu primesc drogul şi, de multe ori, nici ajutorul necesar. Totuşi, deţinutul va apela la alte tipuri de dependenţe ale medicamentelor uşoare, dar resimte puternic sevrajul de heroină; c. în **ambulatoriu,** sub stricta monitorizare a medicilor.

Sevrajul în sine nu are valoare, ci, în schimb, tratamentul este punctul principal în toată aceasta perioadă. Chiar dacă din explicaţia de mai sus s-ar putea deduce că sevrajul se suprapune cu perioada de recuperare şi tratament, totuşi tratamentul, recuperarea şi,

---

[52] Voicu, Jenică, şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri, 1991*, pag. 201.

[53] Richard şi Jean-Louis, *Dicţionar de droguri, toxicomanii şi dependenţe, 2005*, pag. 698

[54] Ruxandra Răşcanu şi Mirela Zivari, *Psihologie şi psihopatologie în dependenţa de drog* (Bucureşti: Ars Docendi, 2002), pag. 202–204.

eventual, terapiile aplicate ar putea continua mult timp după încheierea perioadei de sevraj, care ține, de obicei, doar câteva zile. Tot din practică putem observa că tratamentul poate fi aplicat pe intervale mari de timp. În cazul intervenției medicamentoase cu metadonă sau alți substituenți, este nevoie chiar şi de ani întregi până se ajunge la abstinență totală, iar în cazul tratamentului psihologic se poate întinde intervenția şi monitorizarea de la câteva luni la câțiva ani, în funcție de nevoile şi evoluția fiecărui individ în parte.

Este important de menționat faptul ca nicio persoană nu poate fi obligată să urmeze un tratament, şi astfel să treacă prin sevraj. Totuşi, în cazul unei hotărâri judecătoreşti şi, în mod special, față de cei aflați în traseul judiciar există obligativitatea legală pentru a urma o formă de tratament şi, implicit, de a trece prin sevraj controlat. Iată ce spune Drăgan în acest sens: „la sfârşitul tratamentului de dezintoxicare, persoanei care l-a urmat îi este necesară înmânarea unui certificat doveditor al efectuării curei şi al rezultatelor acestora. Fostul toxicoman are, la rândul său, obligația să prezinte autorității cu atribuții judiciare în domeniu, certificatul respectiv. În situația în care, însă, o persoană toxicomană se sustrage în mod intenționat de la efectuarea curei de dezintoxicare, se impune pronunțarea împotriva ei de către instanța judiciară a unei pedepse privative de libertate şi a internării într-un serviciu specializat, cu regim spitalicesc pentru urmarea tratamentului adecvat".[55]

În urma unor serii de studii efectuate în Statele Unite ale Americii s-a constatat că majoritatea celor care reuşesc să depăşească perioada de dependență sunt persoanele care nu apar în registrele oficiale ale persoanelor dependente, ci acestea decid singure asupra

---

[55] Jenică Drăgan, *„Incriminarea traficului ilicit de droguri"* (Academia de Poliție „Alexandru Ioan Cuza", 1997), pag. 299

situaţiei consumului lor şi, implicit, întreruperea acestei practici.[56] De aceea, putem deduce că există o serie de persoane care trec prin sevraj fără existenţa unei intervenţii specializate sau chiar fără tratament adecvat. Acest lucru, deşi este lăudabil datorită determinării demonstrate de cei în cauză, le-ar putea periclita viaţa. În acest context este nevoie de o mai bună informare a populaţiei asupra efectelor sevrajului şi intervenţiei nespecializate în cazul întreruperii bruşte a consumului de droguri.

1.2.2. *Clasificare multiplă a drogurilor*

A. Din punct de vedere al legislaţiei în vigoare din ţara noastră, drogurile se împart în următoarele categorii:[57]

a) substanţe aflate sub control naţional – drogurile şi precursorii înscrişi în tabelele-anexă nr. I-IV;

b) droguri – plantele şi substanţele stupefiante ori psihotrope, sau amestecurile care conţin asemenea plante şi substanţe, înscrise în tabelele nr. I-III;

c) droguri de mare risc – drogurile înscrise în tabelele nr. I şi II. În această categorie intră droguri ca de exemplu heroina, cocaina şi amfetaminele sau chiar substituentul heroinei (în scopul tratamentului), medatona.

d) droguri de risc – drogurile înscrise în tabelul nr. III. Aici avem ca exemplu canabisul sau barbituricele.

Din lista de mai sus putem observa, în primul rând, că drogurile însoţite de substanţele din care acestea pot fi fabricate (precursorii) sunt specificate nominal în tabelele care fac parte integrantă din legea menţionată. Aceste tabele prezintă substanţele interzise de lege şi, astfel, oferă o imagine de ansamblu asupra luptei

---

[56] Heyman, „Addiction: A Latent Property of the Dynamics of Choice", 2010

[57] Legea nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, art 1.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

împotriva consumului de droguri. Cu cât listele sunt mai extinse, cu atât pericolul apelării la substanțe nespecificate scade. Totuşi, menținerea unui echilibru între specificarea fiecărei substanțe în parte şi generalizarea categoriilor de substanțe nu este uşor de realizat. Acest lucru s-a demonstrat în practică în lupta contra substanțelor etnobotanice care însumează o largă varietate pe piața de droguri, ceea ce face ca listele să nu pară comprehensive. Mai apoi, trebuie spus că aceste tabele sunt în continuă actualizare, realizată de legiuitor, ceea ce constituie elementul necesar adaptării la schimbările obiceiurilor consumatorilor. Mai mult, în listele anexe se oferă două categorii de droguri, şi anume: droguri de risc şi droguri de mare risc. Această diferențiere este necesară în momentul analizei juridice a situațiilor de încălcare a legii, bineînțeles cu scopul de a pedepsi corespunzător faptele identificate.

Tabelele menționate în Legea nr. 143/2000, cu modificările şi completările ulterioare, conțin substanțe enumerate în ordine alfabetică. Aceste tabele nu sunt accesibile populației generale, din punct de vedere explicativ. Ele îi vizează, mai degrabă, pe specialiştii farmacologi din domeniu şi, de aceea, ar putea exista pericolul ca unele persoane, care cunosc doar denumirea populară a respectivelor substanțe, să nu înțeleagă denumirea lor ştiințifică chiar dacă vor consulta legea. Totuşi, trebuie să menționăm că denumirea academică este potrivită deoarece nu oferă loc de interpretări sau modificări ce pot duce la alte erori. Cu toate acestea, ar fi necesară şi listarea denumirilor populare, pentru o prevenție mai clară, după modelul oferit în acest sens de alte țări.[58]

În ce priveşte încadrarea drogurilor în tabelele ce diferențiază riscurile cauzate de acestea, trebuie să spunem că există o serie de elemente ce trebuie menționate. În primul rând, la nivel

[58] Vezi exemplul Marii Britanii în: Michael Gossop, „Classification of Illegal şi Harmful Drugs", *British Medical Journal* 333, no. 7563 (2006).

FCUAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

mondial există diverse dificultăţi întâmpinate la încadrarea acestor substanţe în tabele similare. Acest lucru are de a face cu aspecte mai degrabă etice şi înţelegerea societăţii respective, legată de îngăduinţa în ce priveşte folosirea sau nu a unui drog.[59]

În Marea Britanie există încă dezbateri evidente legate de o clasificare exactă a drogurilor. Sunt câteva motive pentru care nu s-a ajuns încă la un consens.[60] Aceste motive sunt centrate pe elementul riscului ce poate încadra un drog la clasa A, B sau C în funcţie de efectele distructive produse prin folosirea lui. Astfel că, în ciuda unei istorii îndelungate în certarea efectelor substanţelor halucinogene, totuşi se mai pune problema reală a încadrării unor droguri în tabelele de mare risc sau nu. Mai mult, specialiştii englezi au realizat că măsurarea riscului presupune un proces mai complex, ce depăşeşte graniţele încadrării legale sau ilegale a drogurilor, însoţite astfel de pedepsele specifice. De aceea, dezbaterea a avut loc la nivelul efectelor medicale (susţinute de o parte dintre specialişti) sau al efectelor nocive în plan social (susţinute de alţi specialişti).[61] Existenţa unor asemenea tabele ar putea, probabil, explica mai bine riscurile la care se expun cei care folosesc astfel de substanţe, riscuri din domeniul medical, social şi, bineînţeles, juridic.

B. *Clasificări primare ale unor autori străini.*

Aceste clasificări au fost realizate la începutul secolului al XX-lea. Astfel că încă de la începutul secolului trecut, Ludwing Lewin a realizat o clasificare a drogurilor pe care o explică în lucrarea monumentală de pionierat denumită *Phantastica*, publicată

---

[59] Vezi cazul Marii Britanii şi disputa legată de încadrarea în tabele ale drogurilor în: Ibid. pag. 272–273.

[60] Ibid., pag. 272–273.

[61] Discuţia se referă la comitetul select al ştiinţei şi tehnologiei din Marea Britanie şi comitetul consultativ al folosirii greşite a drogurilor. Vezi: Ibid., pag. 272–273.

POLITASICE TEHNICAL UNIVERSITY LIBRARY

în anul 1924. Aici el propune următoarea clasificare: euphoricaopium, coca, cocaina, phantastica, inebriația, hipnotica şi excitația.[62] La puțin timp după acest autor se poate observa o clasificare ceva mai extinsă a unui alt autor străin, Lewis, realizată în 1928. Citat în Cremier (1984), Lewis propune următoarea clasificare: **Euphorica** (opiacee, cocaina), **Phantastica** sau halucinogenele (mescaline, psylocybina, marijuana, haşiş, LSD, phenicyclidina), **Inebrita** (alcool, substanțe volatile), **Hypnotica** (barbiturice, tranchilizante), **Excitația** (amfetaminele, cofeina, ceaiul), dar şi alte medicamente specifice domeniului drogurilor.[63] Din cele două clasificări putem, în primul rând, observa nevoia de exemplificare a substanțelor care intră sub incidența fiecărei categorii. În acelaşi timp, ne dăm seama că, la acea vreme, astfel de clasificări nu puteau distinge între drogurile legale şi cele ilegale. Trebuie totuşi spus că în vestul Europei, legalitatea unor substanțe cum ar fi alcoolul a traversat mai multe etape de acceptare până la faza existentă astăzi, de legiferare integrală. În astfel de societăți moralitatea juca un rol important, iar alcoolul era considerat o substanță ce subminează capacitatea omului de a raționa. De aceea, o bună perioadă, alcoolul a fost considerat ilegal. Legiferarea alcoolului nu a pus capăt problemei cauzate de acesta, ci mai degrabă a condus spre un control mai puțin vizat de aspectele morale şi mai intens monitorizat de mecanismele legale, care au urmărit efecte economice în cadrul societății. Cert este că, pentru Lewis, alcoolul, tutunul, cofeina şi ceaiul au fost incluse în categoria drogurilor ce produc efectele căutate de oameni, chiar dacă el nu le atribuie încă semnificație legală.

---

[62] Răşcanu, *Alcool şi drogurile: „Virtuți" şi capcane pentru tineri, 2008, (Abordare Psihologică)*, pag. 19.

[63] Prelipceanu, *„Scurt tratat"*, 2004 pag. 14

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Ceva mai târziu, aproape de perioada clasificărilor realizate de Naţiunile Unite, avem alţi autori, şi anume psihologii Delay şi Deniker, care au propus o clasificare în 1961.[64] Aceştia scriu despre: substanţe sedative sau psiholeptice, substanţe excitante sau psihoanaleptice şi substanţe ce perturbă activitatea psihică sau psihodislepticele şi halucinogenele. Putem observa că autorii s-au orientat spre a oferi unele efecte asupra psihicului uman ce poate avea repercusiuni în viaţa cotidiană sau în societatea unde îşi desfăşoară activitatea. Iată că deja avem un început de interes faţă de efectele sociale ce decurg din consumul de droguri. În acest context se conturează o clasificare mondială realizată de un for superior – ONU.

C. Clasificarea Organizaţiei Naţiunilor Unite

Tip	Pericolul	Gradul de control	Exemple de droguri listate
I	Substanţe ce prezintă risc înalt de abuz, cu efecte serioase asupra sănătăţii publice şi cu valoare terapeutică mică sau chiar inexistentă.	Foarte strict. Utilizarea lor este strict interzisă, cu excepţia cercetărilor ştiinţifice, sau în scop medical limitat.	LSD, MDMA (ecstasy), mescaline, psilocybine, tetrahydrocannabinol
II	Substanţe ce prezintă risc de abuz, cu efecte serioase asupra sănătăţii publice şi cu valoare terapeutică mică sau moderată.	Mai puţin strict.	Amfetamine şi amfetamine de tip stimulant.

[64] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „Virtuţi" şi capcane pentru tineri, 2008, (Abordare Psihologică)*, pag. 20.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tip	Pericolul	Gradul de control	Exemple de droguri listate
III	Substanțe ce prezintă risc de abuz, cu efecte serioase asupra sănătății publice şi cu valoare terapeutică moderată sau ridicată.	Aceste substanțe sunt destinate scopurilor medicale.	Barbituricele, inclusiv amobarbital sau buprenorphine.
IV	Substanțe ce prezintă risc de abuz, cu efecte minore asupra sănătății publice şi cu valoare terapeutică ridicată.	Aceste substanțe sunt destinate scopurilor medicale.	Tranchilizantele, analgezicele, narcoticele, inclusiv allobarbital, diazepam, lorazepam, phenobarbital, temazepam.

Substanțele listate se încadrează în anexa Convenției ONU asupra substanțelor psihotrope din 1971 şi care este baza legislațiilor multor țări din Europa şi din lume. Trebuie să observăm este că în această clasificare avem atât efectele asupra populației, riscul față de sănătatea publică, gradul de control ce trebuie avut în vedere, dar şi exemple specifice din categoria de droguri listată.

D. Clasificare oferită de autori autohtoni.

Această clasificare s-ar putea să fie mai accesibilă profesioniştilor români, deoarece este realizată de specialişti autohtoni, de peste cinci decenii. De exemplu, în cartea *Farmacologie clinică* este redată clasificarea lui Stroescu ce listează substanțele în următoarele categorii: anestezicele locale (cocaina, procaina, lidocaina - anestezice de sinteză), analgezicele (antiinflamatorii, antireumaticele), analgezicele euforizante (opiu, morfina),

PUBLISHED BY UNIVERSITY LIBRARY

anestezicele generale (anestezicele gazoase, volatile, barbituricele), hipnoticele, tranchilizantele, stimulantele psihomotorii (cafeina, antidepresive, amfetamina, litiul).[65] Totuşi, această clasificare nu oferă şi elemente legate de statutul legal al substanţelor sau de efectele nocive asupra organismului.

Din punct de vedere a efectelor pe care drogurile le poate avea asupra consumatorului, mai mulţi autori români ne oferă o imagine generală atât faţă de (a) sistemul nervos central, cât şi în legătură cu (b) efectele drogurile psihoactive.[66]

a. Efectele pe care consumul de droguri le produce asupra organismului uman (sistemului nervos central) pot distinge următoarele categorii de droguri:

- substanţe psiholeptice sau sedative (opiul, morfina, heroina, metadona, codeina, barbituricele etc.);

- substanţe psihoanaleptice sau excitantele (amfetamina, cocaina, khatul etc.);

- substanţele psihodisleptice sau halucinogen-delirogene (mescalina, haşişul, LSD, psilocybina etc.).

b. În schimb, privind din perspectiva drogurilor psihoactive putem clasifica efectele în modul următor:

1. **Stimulente** (amfetamină, cocaină, efedrină, cafeină, theobromină etc.) ce pot fi:

- droguri care inhibă centrii nervoşi (canabis; opiacee: opiu, morfină, derivaţii de morfină: heroina, metadonă, petidină, codeină; barbiturice; tranchilizante);

- droguri care stimulează centrii nervoşi (cocaina; amfetamina; crack-ul);

---

[65] Stroescu, *Farmacologie Clinică, 1977*, pag. 337–418.

[66] Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri*, 1991

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2. **Halucinogene** (psihocibină, LSD, mescalină, DMT, ecstasy, phenciclidina, peyote, psilocyna)

3. **Calmante** (alcool, eter, cloroform, opiu, morfină, heroină, metadonă etc.)

4. **Antipsihotice** (clorpromazină etc.)

E. Clasificarea drogurilor în funcție de substanța conținută, și nu de efectul produs

De cele mai multe ori, clasificările sunt realizate în funcție de efectele produse de substanțele studiate. Aceeași particularitate o putem observa în aproape toate clasificările clasice prezentate anterior. În schimb, în clasificarea ce urmează să o redăm mai jos vom analiza, mai degrabă, după modul de producere, modul de administrare și forma de prezentare a drogurilor.

➢ După **modalitățile de obținere** a drogurilor, putem face următoarea clasificare[67]:

- produse de natură vegetală, ce sunt sintetizate de anumite plante, de obicei în frunzele, mugurii și florile acestora, care se recoltează și se consuma ca atare (canabisul, marijuana, psihocibinul, frunzele de coca etc.);
- produse semisintetice realizate prin extragerea drogului dintr-un produs natural, dar cu ajutorul unor substanțe chimice (opiul, cocaina, heroina, morfina etc.);
- produse de natură sintetică obținute exclusiv în urma folosirii unor substanțe chimice (metamfetaminele, metadona, LSD, mescalina, silicibinul etc.).[68]

---

[67] Ibid. Vezi și definiția drogului, pag. 72 pentru drogurile natural și sintetice.

[68] Vezi și Vasile Bercheșan și Constantin Pletea, *Drogurile și traficanții de droguri* (Pitești: Paralela 45, 1998), pag. 64.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

➢ După **modul în care drogurile sunt introduse în organism**, putem vorbi de[69]:

- droguri destinate consumului oral (Ecstasy, Foxy, MDEA, LSD, mescalina, khatul etc.);
- droguri care se introduc în organism prin injectare (heroina, metamfetamina, ketamina, cocaina etc.);
- droguri care se fumează (haşişul, opiul, marijuana, canabisul, ketamina, crakul de cocaină etc.);
- droguri care se prizează (cocaina, heroina etc.);
- droguri masticate;
- droguri inhalante.

➢ **După starea de agregare**. Trebuie să remarcăm faptul că majoritatea drogurilor sunt compuşi solizi şi o mică parte lichizi, care, în mod frecvent, se întâlnesc pe piaţa consumatorilor de droguri sub următoarele forme[70]:

- *pulbere cristalină albă* (cocaina, metamfetamina, ketamina, martina, heroina de înaltă puritate etc.);
- *capsule* şi *tablete* albe sau colorate (Ecstasy, amfetamina, Foxy, MDEA, Yaba, BZP etc.);
- *pulbere colorată* (heroina etc.);
- *bulgări*, granule şi plăcuţe amorfe sau cristaline (haşişul, opiul, crackul de cocaină etc.);
- *muguri* sau *frunze* uscate şi presate (canabisul, khatul, marijuana, psilocybinul etc.);
- *lichide* (LSD, ketamina, GHB etc.).

F. Clasificări contemporane centrate pe elemente practice

În clasificările centrate pe elemente practice se oferă multiple aspecte legate de intervenţia în caz de supradoză, explicaţii legate de

---

[69] Voicu, Jenică şi Popescu, *Dicţionar enciclopedic de droguri, 1991*. Vezi definiţia drogului, pag. 72, pentru modalităţile de administrare a drogurilor.
[70] Ibid., pag 72.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

perioada şi simptomele de sevraj, alternative sau sprijin medicamentos existent la îndemâna profesioniştilor, dar şi a familiei (existent în farmacii), cât şi alte efecte chimice produse de anumite droguri în parte. Un alt avantaj al clasificărilor centrate în practică este acela că ele oferă accesul familiei sau al persoanelor în imediata apropiere a celui dependent; acestea sunt mai bine informate şi ajutate nu doar să intervină, ci şi să aleagă alternative pe termen lung pentru tratarea problemelor cu care persoana dependentă se confruntă. De aceea, astfel de abordări sunt benefice atât pentru specialist, cât şi pentru publicul larg. Iată mai jos un exemplu de astfel de clasificare.

În cartea *Applied Therapeutics*, apărută în anul 2009,[71] pleiada de specialişti americani oferă o clasificare aparent simplă, dar în acelaşi timp însoțită de exemplificări ce ajută substanțial pe oricine s-ar afla în proximitatea unei persoane dependente de drogurile listate.[72] Această clasificare porneşte de la opiacee, între care este inclusă heroina, cu efectele acesteia şi alternativele medicamentoase bazate pe metadonă. În plus, aduce în discuție şi situația dependenței de heroină la persoanele însărcinate sau proaspetele mame. Mai apoi explică sedativele sau hipnoticele cu tratamentul aferent. Ulterior, discută stimulentele de la nivelul sistemului central nervos şi, în mod special, cocaina şi amfetaminele în legătură cu dozajele, efectele adverse, sevraj şi tratament. Mai mult, autorii prezintă o serie de droguri care, în mod clasic, sunt catalogate ca halucinogene, precum PCP sau ketamina, numite droguri disociative (*dissociative drugs*, engl.). Totodată, se ocupă şi de halucinogene cum ar fi LSD sau MDMM, cu efectele lor pe termen lung. Mai apoi discută despre drogurile de tip marijuana cu efectele lor pe termen

[71] Mary Anne Koda-Kimble, *Applied Therapeutics : The Clinical Use of Drugs*, 9th ed. (Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009).
[72] Ibid. Vezi secțiunea 17, capitolul 83, începând cu pagina 83–1.

SOUTH-EAST EUROPEAN UNIVERSITY LIBRARY

scurt şi lung, dar nu lasă neatinse drogurile de tip inhalante. Astfel că, avem o clasificare destul de cuprinzătoare a drogurilor, dar este de remarcat faptul că sunt explicate pe înțelesul publicului larg şi, în acelaşi timp, oferă exemple concrete de cazuri ce pot fi considerate relevante atât în depistarea consumului, cât şi în identificarea tratamentului adecvat în fiecare situație.

În general vorbind, clasificările de droguri nu sunt lecturi uşoare şi accesibile non-profesioniştilor, dar totuşi aceştia ar trebui să găsească soluții pentru a oferi publicului larg nu doar o informare tehnică asupra efectelor sau posibilităților de tratament, ci şi o educație adecvată pentru a putea interveni şi mai specific, pentru a putea preveni consumul de droguri atât în cadrul familiei, cât şi al comunității şi societății de rezidență. Cu alte cuvinte, clasificările de droguri ar putea ajuta la formarea unui scut de cunoştințe, ce poate contribui la o mai bună prevenire.

1.2.3. *Consumul legal şi consumul ilicit de droguri*

Consumul ilicit de droguri este privit ca abuz, indiferent de modalitatea de folosire şi motivația acesteia. În *Dicționarul de asistență socială* abuzul de substanțe este explicat prin „folosirea neadecvată a substanțelor chimice într-o manieră în care este dăunătoare bunăstării fizice sau psihice unei persoane".[73] În plus, am putea spune ca nu doar folosirea greşită a drogurilor este luată în discuție, ci şi folosirea ce contravine legislației țării. În cazul în care un tip de drog este considerat legal, dar este folosit greşit, acest fapt poate fi definit ca abuz de droguri sau consum ilegal.

Despre drogurile legale s-au scris multe materiale şi s-au redactat multe lucrări de specialitate. Ceea ce este important de menționat este că în societatea în care trăim distincția între consum

[73] Barker, *The Social Work Dictionary*, 2003.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

legal şi consum ilegal este confirmată de activitatea economică din al cărei obiectiv face parte drogul respectiv. De exemplu, în categoria drogurilor legale şi accesibile la vânzare sunt: alcoolul, ceaiul, cafeaua, tutunul, cola etc. Toate aceste substanțe se găsesc în multe forme şi diverse tipuri de produse, sunt disponibile spre vânzare şi, implicit, accesibile publicului larg. Cu toate acestea, în anumite perioade şi societăți, unele dintre ele sunt interzise spre consum. Mai mult, putem spune că unele grupări în cadrul unei societăți pot interzice consumul acestora din rațiuni medicale, religioase sau etice. În astfel de situații, chiar consumul legal al acestor substanțe poate fi privit ca fiind nelegitim. Acest context poate uşor deveni cadrul în care delimitarea fină între legitimitate şi abuz să ia amploare şi, în final, efectele comunitare, sociale, economice şi, cu siguranță, legale să fie resimțite substanțial.

În 2008 în urma unei cercetări a magazinelor on-line din Europa s-a constatat ca sunt peste 200 de produse psihoactive ce se comercializează în acest mod.[74] În aceeaşi perioadă şi folosind aceleaşi metode, în România vânzările de produse psihoactive au explodat. Ulterior, acestea au fost estompate de diverse acțiuni ale autorităților publice centrale şi locale, care au îngrădit vânzările prin scoaterea în afara legii a multora dintre aceste produse. Acest procedeu, de fapt, a constat în includerea pe listele substanțelor ilegale a mai multor astfel de substanțe. „Pentru drogurile apreciate tradițional, consumul este nerestrictiv, pe când în ceea ce priveşte regimul juridic al drogurilor considerate ilicite, producția şi vânzarea sunt sever încorsetate, iar propaganda în favoarea lor este considerată nepermisă şi sancționată penal". De aceea, omenirea va asista permanent la încercările de legiferare a unor categorii de

[74] Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie OEDT, „Situația drogurilor în Europa: raportul anual 2008" (Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene, 2008), pag. 16

droguri care într-un moment în istorie erau considerate ilegale, iar ulterior acestea sunt legiferate şi accesibile populaţiei. În realitate, aceasta luptă are loc cu propriul ego social şi cu dorinţa de expansiune umană, atât în plan economic, cât şi de identificare a unor noi zone experienţiale.

Într-o analiză a situaţiei delicvenţei asociate drogurilor se poate face o distincţie între nevoia omului de fericire sau chiar eliberare şi cea legată de acţiunile infracţionale asociate acestei dorinţe.[75] Mai mult, se discută despre o subminare a valorilor societăţii tocmai de către cei care doresc o astfel de eliberare sau ieşire de sub normele impuse de către societate. Drept urmare: „consumul devine abuz, comercializarea se transformă în trafic, promovarea devine incitare".[76] Şi iată cum putem observa exprimată dorinţa omului de a găsi fericirea, cu toate drepturile posibile garantate de societate, dar pe care încearcă să o submineze în mod particular sau individual. Subminarea, desigur, intervine prin încercările repetate, nu doar cele de curiozitate, care se sting odată cu testarea efectelor, ci vorbim despre acele acte care duc la dependenţă, iar ulterior la infracţionalitate.

1.3. Cercetări şi preocupări ştiinţifice

A. Analiza tezelor de doctorat în domeniul drogurilor

În cadrul Facultăţii de Sociologie şi Asistenţă Socială (SAS) din Universitatea Bucureşti s-au început cercetări mai serioase concretizate în teze de doctorat încă anul 2002. Pe de o parte, s-au susţinut un număr relativ mic de teze de doctorat, dacă privim din perspectiva interesului crescând faţă de acest domeniu, dar în acelaşi timp putem spune că în toţi aceşti ani munca de cercetare în

[75] Simona Drăgan, *„Dependenţa şi delicvenţa"*, *Secolul 21* 1–4 (2004), pag. 119–128.
[76] http://www.revista-informare.ro/showart.php?id=127&rev=5, accesat 5 iunie 2012.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

domeniul drogurilor a fost preponderent de pionierat. Nu doar accesul limitat la resursele internaționale de documentare, ci şi practica limitată acumulată de profesionişti au fost cauzele acestui fapt. Cu toate acestea, tezele de doctorat susținute la SAS ne oferă o imagine potrivită pentru a observa că în România contemporană capacitatea de analiză şi sinteză poate fi accesibilă cercetătorilor atenți. De aceea, ne propunem să facem o trecere în revistă a tezelor susținute în această unitate de învățământ, în speranța că vom surprinde o serie de elemente comune sau izolate, ce vor sta la baza formulării cercetării principale a lucrării de față.

Între anii 2002 şi 2012 s-au scris şi susținut 13 teze de doctorat cu tematică legată direct de domeniul drogurilor. Împărțirea mai exactă este în modul următor: în anul 2002 a fost scrisă o teză; în 2006 - 3 teze; în 2009, o teză; iar între 2010 şi 2012 au fost scrise 7 teze, coordonate în total de 3 coordonatori ştiinţifici. În textul de mai jos vom scrie referința acestor teze. Iată câteva caracteristici generale observate:

- Tezele surprind o gamă largă de aspecte sociale în domeniul consumului ilicit de droguri, cum ar fi: politici sociale, implicații sociale, impactul social; reabilitarea persoanei consumatoare; aspecte socioculturale şi religioase, dar şi perspective juridice şi de asistență socială. Toate aceste teme sunt centrate pe consumator şi efectele pe care le are acest fenomen în societate.

- În cadrul fiecărei tematici abordate sunt prezentate studii şi cercetări empirice realizate de către autorii tezelor. Aceste cercetări implică o varietate de abordări de genul: studii de caz, focus grupuri, chestionare prestabilite sau interviuri semi-structurate.

- Sunt redate mai multe cauze şi explicații ce conduc la consum, însoțite de posibile soluții. Mai mult, aproape toate tezele oferă modele de abordare sau promovează o metodologie de aplicat în situații specifice, cum ar fi: intervenția în rândul tinerilor, femeilor sau altor categorii de consumatori.

- Se realizează o descriere a instituţiilor, centrelor de intervenţie, factorilor decizionali şi reacţiilor familiei sau comunităţii în cazul consumului de droguri. Prin acest lucru se observă reţeaua existentă în România pentru prevenirea, tratarea sau susţinerea persoanelor afectate de consumul de droguri.

- Varietatea situaţională în care persoanele pot fi consumatoare nu este neglijată. Astfel sunt explicate situaţiile din scoli, comunităţi de locuinţe, spitale sau instituţii penitenciare.

- Aspectele sociale, psihologice, religioase, morale, economice şi legale se regăsesc în aproape toate tezele. Este de apreciat deci, interesul cercetătorilor din domeniul social faţă de celelalte aspecte ale vieţii şi societăţii româneşti.

- Este explicat fenomenul dependenţei de droguri în scopul înţelegerii lui din punct de vedere social şi pentru a se putea formula politici de intervenţie specializate în acest segment.

Toate aceste elemente prezentate sunt de o importanţă inestimabilă şi contribuie mult la înţelegerea fenomenului consumului de droguri din cercetări ştiinţifice concrete şi observaţii directe. Cu toate acestea, sunt câteva aspecte ce au rămas deocamdată fără răspuns. Mai jos sunt formulate unele dintre acestea.

B. Rezultatul studiului tezelor de doctorat – formularea de întrebări

În urma analizei tezelor de doctorat am formulat o serie de întrebări ce vor sta la baza conceperii cercetării principale a prezentei lucrări. Trebuie sa menţionăm că doar o parte dintre acestea vor face obiectul studiului de faţă, şi anume cele legate de pregătirea profesională a specialiştilor şi transferul de informaţii, abilităţi şi atitudini spre alte categorii de persoane, direct implicate în procesul de intervenţie (părinţi, colegi, membri ai familiei, membri din comunităţi afectate de acest flagel, alţii.). Iată, deci, o

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

serie de întrebări generale care nu şi-au găsit încă răspunsul în tezele studiate şi cărora vom încerca să le acordăm o atenție specială în cercetarea principală a prezentei lucrări:

- Cum, cine şi când ar trebui să cerceteze formarea cunoştințelor, abilităților şi atitudinilor profesionale ale asistenței sociale?

- Cum are loc transferul setului de cunoştințe, abilități şi atitudini profesionale ale specialiştilor către familia consumatorului sau către alte persoane implicate direct în viața acestuia?

- Cum se va realiza educarea copiilor (potențialilor consumatori) în vederea formării unui set de informații, abilități şi atitudini necesare rezistenței la consum?

- Care sunt pârghiile prin care consumatorul, familia lui şi alte persoane implicate pot fi asigurați de succes?

- Ce instituții, cursuri sau programe este nevoie să fie realizate pentru a se putea crea cadrul necesar transferului de informații, abilități şi atitudini de la profesioniști către consumator şi familia acestuia, dar şi invers, în aşa fel încât interdependența în intervenție sa fie rodnică?

Din mai toate tezele studiate mai sus se poate observa că familia joacă un rol extrem de important. Unii autori propun modalități de intervenție ce au în cadru familia şi acest lucru nu este străin de literatura de specialitate. Blume propune un model postcură a întregii familii.[77] Totuşi, autorul nu prezintă demersul şi transferul de instrumente necesare pentru continuarea tratamentului în cadrul familiei. Este totuşi benefică avertizarea făcută de autor, care spune că este bine de urmărit dacă problemele familiale pot deveni un factor sau nu în recidiva consumului. Mai mult, există

[77] Arthur W. Blume, *Consumul şi dependența de droguri: ghid practic de evaluare, diagnostic şi tratament*, Psihologie clinică şi psihoterapie (Iaşi: Polirom, 2011), pag. 364

situaţia în care un bun profesionist să posede abilităţi pedagogice. Astfel că se impune formularea unor potenţiale dificultăţi atunci când dorim să implicăm familia sau avem aşteptări de la profesioniştii din domeniul dependenţei de droguri:

- Existenţa unui părinte ce se confruntă cu probleme similare sau de alt gen de dependenţă şi, de aceea, nu poate fi exemplu, autoritate sau factor de schimbare în viaţa propriului copil (ex. este în detenţie, este dependent de alcool sau de alte substanţe, nu contribuie la bunul mers la familiei etc.). De aceea, este nevoie de formarea de persoane reprezentative în jurul consumatorului ce pot influenţa pozitiv şi pot oferi suport în acest sens. În cazul adulţilor consumatori, acest aspect poate fi aplicat de partenerul de viaţă, iar pe linie de serviciu poate fi implicat un superior sau alte persoane care îşi doresc ajutarea acestor adulţi în problema consumului. Tot aici intră şi cadrele religioase, cum ar fi personalul clerical şi educativ din cadrul instituţiilor bisericeşti şi religioase. Mai mult, aici se pot încadra şi voluntari dornici să contribuie în lupta împotriva consumului de substanţe nocive.
- Nu toţi profesioniştii au capacitatea de transfer a informaţiilor, capacitatea de ajutor pentru formarea abilităţilor părinţilor sau atitudini potrivite pentru a fi transferabile în cadrul unui grup educaţional. De aceea, este nevoie de selectarea acelor profesionişti cu abilităţi didactice şi formative, care pot atât să ofere informaţii, dar şi să formeze abilităţi şi atitudini corecte, necesare părinţilor care se confruntă cu problema consumului în rândul propriilor lor copii sau al partenerilor de viaţă.

O altă serie de observaţii legate de aceste lucrări aduce în atenţia noastră următoarele elemente ce ulterior vor contribui şi ele la formularea cercetării:

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Se poate observă că în programele propuse ca şi concluzii ale lucrărilor de doctorat sau chiar cele studiate, acestea includ elemente legate de informații pe care beneficiarii ar trebui să le obțină sau cel puțin familiile acestora. Ca exemplu am putea menționa cercetarea lui Râncov care atrage atenția că informația, pe care potențialii dependenți o obțin, provine într-un procentaj covârşitor de la prieteni (peste 68%)[78] şi mai apoi din surse mass-media sau profesori. De asemenea, multe dintre organizațiile menționate sau chiar studiate de cercetători oferă diverse programe de prevenție în care sunt oferite multiple informații destinate prevenirii consumului sau chiar anticipării recăderii. Deci sursa şi conținutul informațiilor pe care le au potențialii sau actuali dependenți reprezintă un element vital în intervenția profesionistului.
- Trecând în revistă cele 13 teze de doctorat s-a putut observa că ele includ o serie de abilități pe care personalul implicat în asistarea beneficiarilor trebuie să le dețină. Iată ce spune acest cercetător: „consilierul are roluri multiple: profesor, ghid, consultant, terapeut şi antrenor al adolescentului în călătoria lui spre autocunoaştere".[79] Mai mult, o altă cercetare de doctorat afirmă că „abilitățile psihosociale [ale dependenților] lasă mult de dorit dacă ne uităm din perspectiva specialiştilor.[80] Iată, deci, că formarea de abilități

[78] T246, Adela Lucia Râncov, *„Consumatorul de droguri – victima sau infractor. perspective juridice şi ale asistenței sociale"* (Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2010).

[79] T51, Sanda Luminița Mihai, *„Politici de prevenție primară şi secundară privind uzul şi abuzul de heroina la adolescent"* (Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2002), 151

[80] T285, Adina Pădurariu, *„Metode şi tehnici de reabilitare şi reinserție socială a femeilor toxicodependente"* (Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2010), 251

este vitală pentru succesul persoanelor care experimentează consumul de droguri.

- Este de remarcat faptul că o bună parte dintre aceste teze de doctorat aduc în discuție elemente atitudinale ce fac obiectul de studiu al serviciilor de specialitate. De exemplu, motivația reală a dependenților este un element central în desfăşurarea unor activități în acest domeniu. Mai mult, autorii menționează respectul de sine sau dorința de senzații tari ca fiind elemente atitudinale generate de mediul înconjurător (anturajul şi familia).[81] Astfel că este foarte important sa fie analizate astfel de atitudini, care mai apoi pot fi folosite la prevenirea recăderii şi chiar a consumului.
- Având în vedere că o bună parte dintre consumatori locuiesc cu propria familie,[82] aceasta joacă un rol extrem de important în prevenirea, sprijinirea sau anticiparea recăderii. Mai mult, din lucrările de doctorat analizate se poate observa că interacțiunea specialiştilor cu membrii familiei consumatorilor este relativ redusă. De aceea, cu toate că rolul familiei este foarte important, totuşi, specialişti par să aibă un contact minimal cu aceştia. Este important să fie investigate modul în care familia şi rețeaua de suport obțin setul de informații, abilități şi atitudini necesare ajutorării celui drag.

---

[81] T132, Toma Rus, *„Prevenirea şi combaterea consumului şi traficului ilicit de droguri în România"* (Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2006), 184

[82] T276, Mihaela Mariana Bituleanu, *„Reintegrarea socioprofesională a persoanelor consumatoare de droguri"* (Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2010), 271

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Studiul aspectelor psihosociale din domeniul consumului ilicit de droguri prezintă o paletă foarte largă de tematici şi implicații, dar pentru lucrarea de față este important să observăm că profesioniştii sunt chemați nu doar să înțeleagă, să îşi dezvolte propriile domenii alese sau să îşi formeze abilități şi atitudini profesionale corecte, ci, în acelaşi timp, toate acestea să le ofere celor din jur ca instrumente în lupta împotriva acestui fenomen nociv, să nu depindă exclusiv de ei, ci să realizeze împreună ceea ce nu se poate separat.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 2

Discuţie critică asupra teoriilor explicative ale consumului de droguri

În încercarea de a explica mai profund fenomenul dependenței de droguri, specialiştii au formulat, de-a lungul istoriei, diverse teorii menite să ofere soluții practice acestei spinoase probleme. Astfel că, pe de o parte, se observă o derulare istorică a teoriilor explicative legate de consumul ilicit de droguri, iar, pe de altă parte, aceste explicații sunt ancorate în abordarea preferată de specialişti, în funcție de domeniul în care aceştia activează. O astfel de perspectivă ar putea părea foarte subiectivă, totuşi sunt mulți profesionişti care au recunoscut beneficiile altor domenii de studii în angajarea lor față de identificarea şi formularea de soluții comune.

Din punctul de vedere al evoluției profesionale şi explicative a dependenței putem observa că domeniul farmacologic a precedat multe dintre teoriile ce urmau să fie propuse în secolul al XX-lea, odată cu impunerea domeniului de studiu al sociologiei şi psihologiei. Astfel au fost conturate aspecte psihosociale care îşi propun şi ele analiza acestui fenomen. De aceea, în primă fază vom privi la teorii biologice, mai apoi la cele psihologice, sociologice şi, în final, vom aborda explicațiile spirituale sau teologice cu privire la consumul de droguri. Aceste teorii, deşi au puternice rădăcini istorice, totuşi au intrat în atenția specialiştilor relativ recent. Spre finalul capitolului vom realiza o analiză asupra pregătirii profesioniştilor şi a familiile persoanelor consumatoare, urmate de o discuție critică asupra terapiilor folosite în dependența de droguri.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2.1 Teorii biologice

Mulți cercetătorii şi autori de cercetări substanțiale în acest domeniu au pornit de la premisa că adicția este o boală.[83] Această abordare a animat ani la rând mediul academic, dar şi practic al specialiştilor care s-au ocupat de problematica dependenței de droguri.[84] De aceea, în literatura de specialitate, s-au conturat factori biologici specifici, considerați ereditari, „care au loc la nivel molecular şi sunt asociați cu receptorii la nivelul creierului."[85] Datorită acestor factori, teoria biologică asupra dependenței nu are legătură atât de mult cu voința persoanei sau cu aspirațiile şi căutările acesteia în viață, ci este privită ca un element moştenit sau genetic,[86] căruia, mai devreme sau mai târziu, persoana în cauză fie va trebui să i se supună, fie să îi facă față prin mijloace specifice. Astfel că, teoria biologică este preponderent neintenționată. Persoana pare să fie supusă predispoziției față de dependență, fără să poată înlătura cauza, ci, eventual, doar să controleze efectul ei prin abstinență sau înlocuitori. De aceea, mecanismele propuse pentru a putea face față sunt, de obicei, medicamentoase şi au legătură cu substanțe alternative la drogurile față de care individul manifestă sensibilitatea.

În lumina acestei abordări se poate discuta despre sensibilitate față de un anumit drog. În cazul în care drogul la care persoana prezintă sensibilitate este heroina, atunci s-ar găsi

---

[83] W. R. Miller et al., „Disseminating Evidence-Based Practices in Substance Abuse Treatment: A Review with Suggestions", Journal of Substance Abuse Treatment 31, no. 1 (2006).

[84] Vezi şi Howard Padwa şi Jacob Cunningham, Addiction: A Reference Encyclopedia (Santa Barbara, Calif.: ABC-CLIO, 2010), pag. 358

[85] Ruxandra Răşcanu, *„Alcool şi droguri: virtuți şi capcane pentru tineri"* (Abordare psihologică) (Bucureşti: Editura Universității din Bucureşti, 2004), pag. 31–36

[86] M. Sorin Rădulescu, *„Sociologia consumului şi abuzului de droguri"* (Bucureşti: Editura Lumina Lex, 2000), pag. 182–184

alternative, dar acest lucru duce la dependența secundară de metadonă. Dacă, în schimb, discutăm despre alcool, înlocuirea lui cu alte substanțe este destul de dificilă. Mai mult, dacă moştenirea genetică rezultă în sensibilitate la multiple substanțe, atunci persoana nu ar trebui să se limiteze în consum doar la o anumită substanță, cum ar fi alcool sau alt drog specific, ci va utiliza o varietate de substanțe, caz în care putem vorbi despre polidependență, foarte dificil de tratat.

Teoria biologică porneşte de la cercetări efectuate asupra animalelor şi demonstrează că acestea au dorința de a-şi administra un stimulant odată ce l-au descoperit, astfel instalându-se o dependență neurobiologică ce nu are implicații sociale, sentimentale, emoționale, economice etc. Teoria demonstrează şi că ființele biologice apelează la stimulii ce pot oferi plăcere biologică, ceea ce va conduce la instalarea dependenței. Acest lucru arată că noi, oamenii, suntem construiți cu o structură biologică ce poate fi stimulată. Totuşi, în cazul animalelor, acestea aleg calea consumului şi, ulterior, devin dependente fără să înțeleagă tot mecanismul ce se produce, ci se „limitează" la seria de elemente aduse de stimulul extern care generează plăcerea pe care o doresc sau, altfel spus, intervine condiționarea pavloviană. Acelaşi lucru se poate spune şi despre consumul de mâncare. Fiecare animal are un tip de hrană preferat sau capabil să-l asimileze. Faptul că i se oferă acel aliment sau produs, iar animalul îl consumă de fiecare dată când îi este oferit, acest lucru conduce la dependență. În acelaşi timp, nu se ştie dacă un animal ar alege să ignore celelalte elemente necesare pentru supraviețuire (alimentele, odihna etc.) în favoarea drogului pus la dispoziție. Chiar dacă acel drog este disponibil, animalul va apela şi la celelalte elemente de bază, precum hrana sau apa, de aceea se consideră că el nu prezintă un caracter autodistructiv premeditat.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În cazul omului însă, dependența de narcotice se prezintă că fiind o alegere a persoanei, pornind de la startul consumului, iar acest fapt nu are la bază doar plăcerea obținută din respectiva sursă (activând centrii plăcerii), ci şi alte considerente non-biologice. Aceste considerente joacă un rol mult mai puternic în motivarea lui decât rolul biologic la animale. Mai mult, aspectele psihosociale ale consumului (plăcerea, presiunea grupurilor etc.) pot conduce spre comportament deviant, autodistructiv şi infracțional nu doar în vederea obținerii drogului, ci şi pentru efectele de eliberare, separare sau inalienare față de societate şi indivizi. Ideea este că omul are capacitatea psihică şi socială să aleagă înainte de utilizarea unui drog, cunoscând nu doar efectele sale euforice, ci şi pe cele distructive, care pot interveni ulterior consumului. Un animal nu are această capacitate şi, de aceea, teoria biologică este limitată în contextul în care se vorbeşte despre motivație. Animalul nu are cunoştința răului pe care îl va resimți în urma utilizării unui drog la care el revine şi, de asemenea, un animal nu va putea exercita abstinență după dobândirea unor astfel de informații.

Vocile specialiştilor care au susținut teoria biologică sunt suficient de puternice şi ele se relaționează cu celelalte abordări, cu suspiciunea subminării adevăratei probleme. Iată ce spun unii autori străini: „...descoperirile ştiințifice care accentuează baza biologică față de dependență şi îmbunătățesc rezultatele tratamentului ar trebui să diminueze întăritura atitudinilor sociale ce previn posibilitatea ca persoana dependentă să fie evaluată, tratată şi abordată din perspectiva medicală. Dependența este cel mai bine conceptualizată ca fiind o boală a creierului".[87] Aceşti autor par încurcați în munca lor de atitudinea socială prin care persoanele sunt

[87] C. Dackis şi C. O'Brien, *„Neurobiology of Addiction: Treatment and Public Policy Ramifications"*, Nature Neuroscience 8, no. 11 (2005).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

văzute ca ființe umane şi astfel nu sunt lăsate exclusiv la îndemâna cercetărilor medicale şi a tratamentelor pur medicamentoase.

Pe de altă parte, aceşti autori au, într-o anumită măsură, dreptate, deoarece în multe situații abordarea strict culturală sau tradițională previne adoptarea unei intervenții medicale eficiente ce poate conduce la rezolvarea situației. De aceea, aşa cum autorii citați precizează, cercetările neurobiologice cu imagistică specializată asupra activității creierului uman pot depăşi mult cercetările efectuate în mod tradițional pe animale. Cert este că abordarea biologică bazată pe evoluția domeniului medical este foarte importantă. Cu toate acestea, este nevoie de îmbunătățiri. Spațiul gol între „masa de scris şi patul bolnavului" trebuie să fie mai bine acoperit.[88] Cu alte cuvinte, domeniul academic nu trebuie să fie rupt de realitatea efectului tratamentului suprapus cu experiențele bolnavului. În acest context putem spune că sunt profesionişti care promovează tratamentele farmaceutice deasupra altor metode. Aceste aspecte pot pune o pată pe motivația dezinteresată şi, de altfel, eficientă a metodelor farmaceutice care îşi aduc contribuția alături de alte ramuri importante ale ştiințe contemporane umaniste cum ar fi psihologia, sociologia şi asistența socială.

Aspectul convertirii cercetărilor în intervenție individualizată este dezbătut de către cercetători în ceea ce s-a conturat a fi modelul translațional, prin care se încearcă traducerea rezultatelor ştiințifice în practica medicilor profesionişti. Dificultăți substanțiale în demersul acestor încercări translaționale intervin în cazul polidependențelor, adică dependența de mai multe substanțe. De exemplu, cercetătorii amintiți anterior au avansat ideea că, în cazul dependenților de alcool, se poate observa o codependență de tutun, între 50% şi 95%. Astfel că, nu doar un tip de dependență

[88] Peter M. Miller şi David John Kavanagh, *„Translation of Addictions Science into Practice"* (Boston, Mass.: Pergamon, 2007), pag. xiii–xiv

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

trebuie rezolvat, ci un complex ce poate pune piedici serioase în primul rând intervenției farmaceutice.[89] În același timp, trebuie luate în considerare nu doar elementele strict medicale/neurologice, ci chiar și mecanismele moștenirii genetice și istoria familiei persoanei.[90] Chiar dacă autorii modelului translațional aduc în discuție aproape toate domeniile de cercetare și intervenție în problematica dependențelor, când vine vorba despre recădere în fața adicției anterioare, ei laudă intervenția psihologică, dar sprijinită de tratamentul farmacologic.[91] Deci, chiar și în situația unei evaluări pozitive față de aportul altor domenii, tratamentul medicamentos este inestimabil, cu condiția să fie probat împreună cu alte intervenții din domeniile psihosociale.

2.2. Teorii psihologice

Începând cu anii 1980 specialiștii la nivel mondial din domeniul dependenței au început să depășească mediul strict medical și să devină interesați de abordări ce implică într-un fel comportamentul uman, luând astfel în considerare mai mult decât aspectele strict farmacologice.[92] Bineînțeles, acest lucru a lansat o regândire a întregului spectru de adicții, mai ales că multe dintre acestea nu aveau la bază utilizarea vreunei substanțe (de exemplu, jocurile de noroc).

---

[89] Miller și Kavanagh, *Translation of Addictions Science into Practice*, 2007 pag. 116
[90] Norman S. Miller și Mark S. Gold, „A Neurochemical Basis for Alcohol and Other Drug Addiction", Journal of Psychoactive Drugs 25, no. 2 (1993).
[91] Miller și Kavanagh, *Translation of Addictions Science into Practice*, 2007, pag. 126
[92] Padwa și Cunningham, *„Addiction : A Reference Encyclopedia"*, 2010, pag. 373

IULIA SIVCENKO UNIVERSITY LIBRARY

Se pot observa mai mulți factori psihologici ce caracterizează domeniul dependenței. Iată o listă cu câțiva dintre aceşti posibili factori, oferită de Răşcanu:[93]

- cauze patologice cu un grad ridicat de vulnerabilitate a personalității, anterior consumului;
- mediul destructurat în familie sau copilărie nefericită;
- condiționare şi reîntărire.

În ce priveşte abordarea psihologică a dependenței, avem şi aici specialişti care tind să devină exclusivişti, minimalizând contribuția altor domenii. În această situație este Negreiros care plasează dependența aproape exclusiv în domeniul psihologiei. De aceea, el porneşte de la perspectiva unei patologii psihiatrice, definită de DSM IV *(Diagnostic and Statistical Manual)* ca „personalitate sociopată tulburată", care mai apoi este redată sub denumirea de „tulburări de personalitate."[94] Trebuie menționat că sunt specialişti ce discută evaluările medicale bazate pe standarde internaționale, cum ar fi DSM-IV *(Diagnostic and Statistical Manual)*sau ICD *(International Classification of Diseases)*, susținând că acestea necesită constant revizuiri, din cauza ambiguității formulărilor. Pe baza acestor catalogări şi în urma unor studii psihologice se poate observa că teoriile psihodinamice pornesc de la ideea că simptomele dependenței provin din conflictele psihologice, care sunt inconştiente.[95] Astfel că asistăm la mecanisme psihologice care se pot regăsi la persoane care prezintă o sensibilitate mai mare comparativ cu altele față de consumul de drog, în funcție de factori extrinseci, cum ar fi: vârsta, sexul, mediul de provenienţă

[93] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „virtuți" şi capcane pentru tineri, 2008 (Abordare psihologică)*, pag. 31–36

[94] Jorge Negreiros, Psychological Drug Research: Current Themes şi Future Developments (Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2006), pag. 10

[95] Ruxandra Răşcanu şi Mirela Zivari, *„Psihologie şi psihopatologie în dependenţă de drog"* (Bucureşti: Ars Docendi, 2002), pag. 124

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

(urban/rural), statutul marital, stabilitatea sau nu a locuinței (*homeless*), apartenența la o comunitate şi altele.[96] Aceste elemente sunt conturate atât în tipologia personalității, în capacitatea de rezistență la impulsuri, cât şi în motivarea față de abstinență sau dependență prin întărirea pozitivă sau negativă a comportamentului adoptat. În structura personalității toxicomanului întâlnim următorii factori etiopatologici:[97]

- curiozitatea;
- atracția pentru o plăcere interzisă;
- fascinația față de un potențial pericol;
- conotațiile antisociale ale abuzului de droguri;
- evadarea sau fuga din realitate;
- căutarea naivă a unei forme noi de comunicare;
- iluzia temporară a unei creşteri în performanțe intelectuale, artistice etc.;
- nevoia de afirmare şi narcisismul;
- compensarea față de frustrări.

Având în vedere aceste trăsături, în teza de doctorat susținută de Vasile Daniel în cadrul Universității de Medicină şi Farmacie din Bucureşti, autorul lucrării consideră că există o corelare între dependența de anumite substanțe interzise şi trăsăturile de personalitate. Acestea sunt legate prin doi algoritmi posibili, personalitatea favorizând consumul sau invers. Sunt luate în discuție câteva tipuri de personalitate asociate fie cu dependența preponderentă de heroină, fie cu cea de cocaină şi secundar de heroină. Tipurile de personalități în discuție sunt menționate ca fiind, în primul rând, personalitățile de tip borderline, personalitate

---

[96] Vezi şi raportul World Bank despre consumul şi violența din Europa, în: Gloria La Cava et al., Young People în South Eastern Europe: From Risk to Empowerment, ed. Environmentally şi Socially Sustainable Development Social Development Team (Washington: The World Bank, 2007), pag. 15–16

[97] Răşcanu şi Zivari, *„Psihologie şi psihopatologie în dependență de drog"*, 2002, pag. 308

de tip antisocial (psihopatic), personalitate de tip narcisist sau schizotipală, paranoidă de tip dependent şi altele.[98] Toate aceste explicaţii ale bolilor mintale conchid că pacientul prezintă deformaţii ale personalităţii asociate cu dependenţă, în mod special de heroină. Bineînţeles, în acest mod persoana este teoretic absolvită de responsabilitate. Tratamentul propus de cercetător este focalizat în special spre psihoterapie, asociată cu tratamentul farmaceutic. De aceea, în cadrul teoriilor psihologice vom încerca să observăm trei aspecte distincte, dar strâns legate între ele. În primul rând, vom discuta despre elemente de personalitate, mai apoi vom vorbi despre aspectul motivaţional şi, în final, vom observa trăsături de comportament tipice persoanei dependente.

2.2.1. *Trăsături de personalitate*

Este nevoie să menţionăm că aportul specialiştilor din domeniul psihologiei contribuie substanţial la înţelegerea fenomenului ca un tot unitar, şi nu dispersat, cum poate părea la prima vedere. În această secţiune, fiinţa umană este analizată în profunzimea personalităţii ei, deoarece consumatorii sunt expuşi riscului de a le fi „afectată grav personalitatea",[99] pierdere imposibil de recuperat prin intervenţie pur medicamentoasă.

Tulburările de personalitate sunt adesea asociate cu consumul de droguri ilicite. Din studiile efectuate de mai mulţi cercetători se poate observa că utilizarea drogurilor ilicite poate fi asociată cu tulburări de personalitate mai mult decât în cazul consumului de alcool. În schimb, dacă folosirea drogurilor nepermise este combinată cu alcoolul, creşte incidenţa cazurilor de

---

[98] Daniel Vasile, *„Dependenţa de heroină – corelaţie cu trăsăturile de personalitate"* (Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila", 2001), pag. 293–322

[99] Ion Suceavă şi Olaru Petre, *„Paradisul Iluzoriu. Lumea drogurilor – o lume a degradării umane"* (Bucureşti: Ed. Militară 1989), pag. 21

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

persoane cu tulburări de personalitate.[100] Persoanele care prezintă un grad ridicat de dezinhibiție sau afectivitate negativă sunt mai predispuse la utilizarea drogurilor nepermise. „Căutarea de senzații este o caracteristică a personalității, cu dorința față de nou și stimulare senzorială puternică."[101] De aceea, unul dintre cele mai importante beneficii este, desigur, acela de a ne orienta spre motivația persoanei cu adicție care are la bază comportamentul dezinhibator.[102] Autorul susține în continuare că motivația este „cel mai important aspect al personalității legat de consumul de droguri." Mai mult, autorul consideră că observarea „caracteristicilor de personalitate dezinhibatoare nu doar că validează corect presupunerile consumului de droguri atât la adolescent, cât și la adult, dar în același timp poate prezice de la o vârstă fragedă dependența de multiple droguri, utilizarea substanțială, comportamentul antisocial, violența"[103] și altele asociate acestora.

„Teoria existențială are la bază ideea că toxicodependentul nu posedă capacitatea individuală de a-și oferi satisfacții senzoriale pentru a răspunde la necesitățile sale fundamentale și de a-și realiza aspirațiile profunde. Anumite stări psihopatologice, precum anxietatea, îi limitează grav capacitatea de a simți o stare de plenitudine existențială, iar recurgerea abuzivă la psihotrope ar apărea ca un obiectiv de a reface acest așa-zis handicap".[104] De aici se poate observa că pentru om „căutarea de senzații este o trăsătură definită de căutarea varietății, noului, complexului și intensității senzațiilor și a experiențelor, dar și de disponibilitatea de asumare a

---

[100] Negreiros, *Psychological Drug Research: Current Themes și Future Developments, 2006* pag. 22–23

[101] Andrew & Cronin, citat în Ibid., pag. 14

[102] Ibid., pag. 11

[103] Ibid., pag. 12

[104] Răşcanu şi Zivari, *„Psihologie şi psihopatologie în dependenţă de drog"*, 2002, pag. 125

riscurilor fizice, sociale, legale şi financiare de dragul experienţei în sine."[105] De aceea, este acceptată ideea că personalitatea defineşte căutarea de senzaţii. Mai mult, o serie de cercetători comentează faptul că prin folosirea mass-mediei sunt vizate persoanele cu dorinţe după senzaţii tari, şi astfel se poate influenţa pozitiv utilizarea greşită a drogurilor.[106] Un alt cercetător proeminent în acest domeniu al căutării de senzaţii este Zuckerman, care oferă o puternică argumentare faptului că adolescenţii sunt predispuşi spre o astfel de căutare, iar mai apoi, pe măsură ce trec pragul de 20 de ani, această dorinţă scade.[107] Acelaşi lucru îl afirmă un alt cercetător care spune că formarea cogniţiei despre droguri este realizată înainte de orice contact cu acel drog.[108] Studiile mai arată că aşteptările legate de efectul drogurilor se modifică odată cu vârsta, pornind de la o variaţie negativă spre cea pozitivă, ceea ce facilitează ulterior folosirea lor.[109] Iată deci cum şi vârsta joacă un rol important în determinarea consumului de droguri, împreună cu celelalte trăsături de personalitate deja menţionate.

Într-un articol semnificativ pentru explicarea teoriei psihologice şi a rolului personalităţii în formarea de adicţii, West aminteşte trei tipuri de personalitate ce se prezintă ca factor ce predispune la dependenţă.[110] Cercetările mai multor autori pot fi rezumate la cele trei tipuri de personalităţi care sunt denumite în felul următor: căutător începător, reducerea durerii şi dependent de

---

[105] Andrew & Cronin, citat în Negreiros, Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments, pag. 15

[106] P. Palmgreen et al., „Sensation Seeking, Message Sensation Value, and Drug Use as Mediators of Psa Effectiveness", Health Communication 3, no. 4 (1991).

[107] M. Zuckerman, Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking (Cambridge Univ Pr, 1994), pag. 17–18

[108] Negreiros, *Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments*, 2006 pag. 26

[109] Ibid., pag. 26

[110] West şi Hardy, *Theory of Addiction, 2006*

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

răsplată.[111] Stancy & Co. au efectuat o cercetare în speranța identificării modelului ce presupune motivația realizată în urma unor cogniții evidente despre utilizarea drogurilor, dar şi o comparație a acestui model cu evidențele legate de consumul drogurilor ca urmare a tulburărilor de personalitate. Rezultatele acestor cercetători par să transmită un mesaj contradictoriu, şi anume acela că „aşteptările dezvoltate" față de consumul de droguri au efecte directe în utilizarea cocainei şi altor droguri ilicite.[112] Mai mult, se constată că aceste aşteptări au o mai mare influență asupra consumului de droguri decât toate celelalte trăsături de personalitate despre care tocmai am vorbit. Aceste teorii au reuşit să cuprindă multe dintre elementele de personalitate şi să le explice, dar nu au oferit o bază suficient de solidă ca să se poată identifica *apriori* predispoziția spre consum şi comportament antisocial şi, în acelaşi timp, să se determine aspectele psihologice implicate pentru a oferi soluții reale pe termen mediu şi lung.

2.2.2. Motivația – teorii psiho-dinamice – mijloc de apărare asupra impulsurilor

În discuția legată de motivația pe care oameni o au în privința consumului de droguri, autorii cărții *Paradis iluzoriu* enumeră o serie de cauze cum ar fi: dorința omului de a folosi plantele cu efecte terapeutice şi pe cele cu proprietăți afrodiziace, regimul politic capitalist, asociat cu menținerea dominației armate, promovarea mass-mediei sau lipsa de reacție a organizațiilor abilitate să restrângă răspândirea consumului de stupefiante.[113] Citind toate aceste motive, dar şi exemplele concrete, culese cu

---

[111] În engleză acestea sunt denumite „novelty seeking, harm avoidance, şi reward dependence", vezi: Ibid.

[112] Negreiros, Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments, pag. 27

[113] Suceavă şi Petre, *Paradisul Iluzoriu. Lumea drogurilor – o lume a degradării umane*, 1989, pag. 50–127.

scopul de a înțelege impactul negativ al consumului de droguri, care, în România, se afla înainte de începutul furtunos din anii 1990, se poate observa că accentul cade aproape exclusiv pe factori externi, fiind ignorați factorii care țin de motivația intrinsecă omului, cu excepția căutărilor de exacerbare a potențialului sexual. Cu toate acestea, parcurgând motivațiile şi exemplele autorilor se poate observa ideea că natura umană este avidă după ascensiune din punct de vedere financiar, control uman sau chiar obținerea de noi teritorii, motivații care nu duc implicit la consumul de droguri. Astfel că, se poate vorbi despre mai multe motivații care premerg consumul propriu-zis şi care îl facilitează. Toate aceste dorințe naturale de expansiune, control, avere şi bunăstare pot astfel constitui substratul nevăzut al motivației primare ce poate sta la baza dorințelor ulterior manifestate în direcția consumului de droguri.

Aşteptările consumatorului de droguri cu privire la efectele pe care aceste substanțe le pot avea asupra lui reprezintă un alt domeniu cercetat în ultima perioadă. Negreiros afirmă că „decizia de a folosi alcool sau drog este mediată de credința sau aşteptările individului cu privire la consecințele utilizării acestora."[114] Iată cum lucruri pe care le experimentăm cu toții în viața cotidiană şi pentru care ne zbatem să le obținem pot deveni o capcană ce ulterior ne este fatală. În dorința noastră de a ne asigura o situație materială relativ mulțumitoare ori de a exercita un rol societal de conducere sau, poate, mânați de impulsul natural de a pune abilitățile persoanele în folosul comunității în care trăim, este important să realizăm că o motivație bună poate conduce spre un rezultat greşit atunci când mijloacele sunt nepotrivite. Însă trebuie să recunoaştem că nu toți cei care se află în proximitatea acestor motivații sunt în pericol iminent

[114] Negreiros, *Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments*, 2006 pag. 25

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de a deveni sclavii „zeului alb"[115], ce ulterior se va transforma într-o imagine efemeră lăsându-i deposedați chiar de rolurile umane după care au tânjit. Cercetările au arătat că așteptările sunt „mediatori cognitivi ce slujesc la filtrarea multiplelor influențe sociale învățate" și, astfel, așteptarea există acolo înainte de utilizarea propriu-zisă a drogului.[116] De pildă, performanțele unui atlet nu vor mai fi recunoscute de către comisiile abilitate dacă se dovedește că acesta a utilizat substanțe nepermise, deoarece el cunoștea efectele substanței utilizate tocmai în scopul realizării performanței. De aceea, pentru cei care nu sunt supuși unui control regulat cu privire la consumul de droguri ilicite și, eventual, cei care sunt obișnuiți cu utilizarea celor permise, marja de apropriere neîngăduită față de substanțele interzise, aflate la îndemâna lor, poate reprezenta primi pași motivaționali care atrag persoanele în cauză, promițându-le performanțe superioare în comparație cu ceilalți actori sociali.

În scopul intervenției față de astfel de probleme motivaționale s-au creat mai multe terapii specifice care au scopul de a încuraja și motiva persoana spre un comportament social acceptat. Ca să numim doar câteva dintre aceste abordări putem spune că este vorba despre teoria îmbunătățirii motivației sau despre teoriile interviului motivațional ce își au baza în terapiile centrate pe client, teoriile învățării sociale și teoriile cognitiv-behavioriste.[117] Unele dintre acestea vor fi discutate în următoarele pagini, iar altele vor fi abordate la secțiunea teoriilor sociologice. Este important de notat faptul că cercetările din domeniul psihologiei au contribuit mult la dezvoltarea înțelegerii și intervenției în dependența de substanțe,

---

[115] Suceavă și Petre, *Paradisul Iluzoriu. Lumea drogurilor – o lume a degradării umane*, 1989

[116] Negreiros, *Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments*, 2006 pag. 26

[117] T. O. L. Tevyaw și P. M. Monti, „Motivational Enhancement și Other Brief Interventions for Adolescent Substance Abuse: Foundations, Applications and Evaluations", Addiction 99 (2004).

chiar dacă acest lucru i-a determinat pe aceşti specialişti să depăşească zona lor de confort şi să fie deschişi faţă de celelalte specializări, în cercetările efectuate.[118]

2.2.3. *Teorii comportamentale – întărirea negativă şi întărirea pozitivă*

Aşa cum menţionam anterior este important să observăm că aportul specialiştilor din domeniul psihologiei este esenţial în înţelegerea fenomenului ca un tot unitar şi nu dispersat, cum poate părea la prima vedere. De aceea, unul dintre cele mai importante beneficii este, desigur, acela de a ne orienta spre ideea că motivaţia persoanei cu adicţie are la bază comportamentul dezinhibator.[119] Autorul descrie motivaţia ca fiind „cel mai important aspect al personalităţii legat de consumul de droguri." Mai mult, autorul susţine că observarea „caracteristicilor de personalitate dezinhibatoare nu doar că validează corect presupunerile consumului de droguri, atât la adolescent, cât şi la adult, dar, în acelaşi timp, poate prezice de la o vârstă fragedă dependenţa de multiple droguri, utilizarea substanţială, comportamentul antisocial, violenţa"[120] şi altele asociate acestora.

Impulsivitatea este un alt mecanism psihologic ce poate cauza consumul ilicit de droguri. Ea este în atenţia cercetătorilor pentru multe alte domenii de interes ale psihologiei, cum ar fi bulimia, patologia jocurilor de noroc, piromania, deficitul de atenţie, cleptomania etc.[121] Din această perspectivă autorul menţionat susţine că impulsivitatea devine un punct central în consumul de droguri. Negreiros ne oferă o scurtă trecere în revistă a definiţiilor

---

[118] Vezi şi explicaţiile oferite în: E. Gifford şi K. Humphreys, „The Psychological Science of Addiction", Addiction 102, no. 3 (2007).

[119] Negreiros, *Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments*, 2006 pag. 11

[120] Ibid., pag. 12

[121] Ibid., pag. 18

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

impulsivității, demonstrând asocierea acesteia cu diverse forme ale consumului de droguri.[122] Sumarizarea definițiilor lui poate fi exprimată astfel: schimbări rapide ale comportamentului, indiferent de consecințele negative ce pot interveni ulterior. Influența impulsivității asupra comportamentului favorabil consumului de droguri are mai multe valențe. Printre acestea vom menționa combinarea impulsivității cu agresiunea, incapacitatea de a tolera întârzieri prelungite, lipsa premeditării, graba, lipsa perseverenței, sentimentul urgenței și căutarea intensă după răsplată imediată. Drogul poate întări un comportament prin înlăturarea unor stări neplăcute cum ar fi durerea, anxietatea sau depresia. Comportamentul asociat consumului de substanțe, împreună cu elementele conexe (țigări, disponibilitatea drogului, seringi), poate deveni o întărire secundară. Prezența acestora duce la apariția dorinței („craving") de a relua consumul.[123] În felul acesta, consumul devine o adevărată obișnuință, un ritual zilnic, un mod de viață. Astfel că, persoana caută răsplata obținută în urma utilizării drogurilor (efectul farmaceutic al drogului), în detrimentul deteriorării pe termen lung a sănătății proprii.[124] De aceea, impulsivitatea manifestată în copilărie și în adolescență facilitează consumul de droguri la această vârstă. În același timp, consumul de droguri conduce ulterior la manifestări impulsive. De exemplu, consumul mai multor tipuri de droguri are mai mare influență asupra comportamentului impulsiv comparativ cu utilizarea unui singur tip de drog.[125]

---

[122] Ibid., pag. 18–19

[123] Răşcanu, *„Alcool şi droguri: „virtuţi" şi capcane pentru tineri"*, 2008 (Abordare psihologică), pag. 31–36

[124] Negreiros, *Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments*, 2006 pag. 20

[125] Ibid., pag. 21

Un alt element important în explicarea comportamentului ce stă la baza motivației consumului este procesul psihologic oferit prin întărire pozitivă şi întărire negativă.[126]

Întărirea pozitivă a consumului de droguri este explicată prin faptul că persoana implicată aşteaptă efectele pozitive ale substanței administrate, tot la fel cum este cazul cu o mâncare sau cu alte substanțe ce nu sunt nocive pentru om.[127] În această situație efectele negative ale consumului (problemele sociale, familiale sau medicale) sunt ignorate, iar dorința persoanei este focalizată pe obținerea efectului aşteptat.

Întărirea negativă este una dintre cele mai timpurii modele explicative ale recidivei în utilizarea drogurilor şi defineşte dorința de a evita efectele negative ale abstinenței.[128] De-a lungul anilor această abordare a fost reformulată şi, deoarece unii specialişti o considerau neimportantă, a devenit oarecum ignorată. Totuşi, în ultimii ani, teoria a fost reabilitată de alți profesionişti care au contribuit la reformularea ei, axându-se pe cinci elemente: efectul negativ este componenta centrală în sevraj; efectele negative au cel mai mare impact în viața dependentului; aspectele fizice ale sevrajului intervin relativ rapid în procesul dependenței; sevrajul se poate uşor observa la instalare; legătura dintre folosirea drogului şi sevraj este facilitată de întărirea negativă.[129] Ca urmare a celor două elemente pozitive şi negative, se poate observa că există o diferență între „nevoia de drog" şi „dorința după drog."[130] Într-o altă

---

[126] T. E. Robinson şi K. C. Berridge, „The Psychology and Neurobiology of Addiction: An Incentive Sensitization View", Addiction 95, no. 8s2 (2000).

[127] Ibid.

[128] T. B. Baker et al., „Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement", Psychological review 111, no. 1 (2004).

[129] Ibid., pag. 36

[130] Robinson şi Berridge, „The Psychology and Neurobiology of Addiction: An Incentive Sensitization View." 2000

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

formulare acest lucru este explicat prin existența stimulului de plăcere sau al pedepsei.[131] Astfel că, în acord cu abordarea întăririi pozitive şi negative, s-a formulat o teorie numită sensibilizarea întăririi,[132] care nu a rămas nici ea fără critici.

Cu toate studiile efectuate, Negreiros ne informează că prea puține cercetări au încercat să diferențieze tulburările de comportament ale persoanelor violente de tulburările de comportament ale utilizatorilor de droguri. În realitate, spune el, studiul asupra tulburărilor de comportament la persoanele cu adicție s-a dezvoltat în acelaşi timp fără să se țină cont de această diferențiere.[133] De aceea, există dificultăți în înțelegerea efectului drogurilor asupra tulburărilor de comportament. Cert este că tulburările de comportament conduc spre utilizarea de droguri, însă nu avem suficiente studii concludente care să susțină faptul că utilizarea de droguri ar conduce nemijlocit spre tulburări psihice.

Unii autori din domeniul psihologiei recunosc limitele pe care această disciplină le are în determinarea cauzelor consumului de droguri.[134] De aceea, în prezent, mulți specialişti planifică cercetări care să surprindă domenii diferite ce pot să ofere explicații şi soluții mai cuprinzătoare.

2.3 Teorii sociologice

În România, integrarea socială şi în plan profesional a persoanelor dependente este destul de scăzută. Raportul din anul 2011 al Agenției Naționale Antidrog evidențiază faptul că aproape

---

[131] Don Ross et al., What Is Addiction? (Cambridge, Mass. ; London: MIT Press, 2010), pag. 215

[132] În engleză se numeşte: „Incentive sensation theory". Vezi D. C. Drummond, „Theories of Drug Craving, Ancient şi Modern", Addiction 96, no. 1 (2001), pag. 38

[133] Negreiros, *„Psychological Drug Research: Current Themes and Future Development"*, 2006, pag. 25

[134] Ibid., pag. 11

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

60% dintre pacienţii trataţi în anul 2009 pentru dependenţă erau şomeri, iar în jur de 10% nu aveau locuinţă.[135] Acest lucru evidenţiază nevoia unei abordări specifice, sociale, atunci când analizăm problematica dependenţei de droguri. De aceea, ne propunem ca în următoarea secţiune să listăm şi explicăm succint teoriile sociale susţinute de specialişti în explicarea fenomenului dependenţei.

Dintre factorii sociali şi de mediu putem aminti:[136] atitudini şi reacţii sociale faţă de consumul de droguri; disponibilitatea drogurilor şi faptul că acestea sunt la îndemâna potenţialilor consumatori; dinamica familială. Alienarea sau însingurarea este un alt factor social ce poate influenţa comportamentul adictiv. Acest ultim factor se manifestă prin faptul că izolarea poate conduce spre un grup cu aceleaşi caracteristici, dar care a „găsit scăparea" în consumul de droguri. Aceşti factori vor fi analizaţi în cadrul unor teorii ce sunt structurate în modul următor: teorii ale procesului social (teoriile învăţării şi ale controlului social); teoriile structurilor sociale (teoriile devianţei şi ale constrângerii sociale) şi teoriile reacţiilor societăţii (teoriile etichetării şi conflictului).

2.3.1 *Teoriile procesului social*

În această categorie de teorii se încadrează *teoriile asocierii diferenţiate*, dezvoltate de E. Sutherland, *teoria întăririi diferenţiate* – elaborată de Akers, *teoria tensiunilor* – propusă de Travis Hirschi şi, cu siguranţă, abordarea oferită de Becker despre *modalitatea în care o persoană devine un consumator de droguri*. Aceste teorii ale procesului învăţării sociale susţin că persoana nu s-a născut consumatoare de

---

[135] Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie OEDT, Raportul Anual 2011, Situaţia Drogurilor în România (Luxemburg: Oficiul pentru Publicaţii al Uniunii Europene, 2011).

[136] Răşcanu, *„Alcool şi droguri: „virtuţi" şi capcane pentru tineri", 2008* (Abordare Psihologică), pag. 31–36

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

droguri sau cu un comportament deviant, ci acest comportament a fost preluat prin învățare de la grupul şi/sau mediul din care face parte. De asemenea, aceste teorii susțin că persoana delincventă intră în conflict cu normele de comportament ale grupului din care face parte, adică cel al comunității unde convieţuieşte. Mai mult, astfel de conflicte determinate de diferențierea socială conduc la apariția altor grupuri interne ce îşi formează propriul sistem de norme şi reguli, respingându-le pe cele de provenienţă.

Sociologul şi mai apoi criminologul A. Sutherland este cel care a formulat *teoria asociațiilor diferențiale*.[137] În această lucrare autorul explică cele nouă principii de bază dintre care amintim faptul că un comportament deviant este redat în funcție de procesul de comunicare din cadrul unui grup social dat sau că o persoană preia trăsăturile culturale ale mediului înconjurător, conformându-se astfel normelor şi regulilor sociale oferite de grup. Mai mult, interpretarea acestor norme şi legi este guvernată tot de influența definițiilor pe care ceilalți le oferă. De aceea, comportamentul deviant al persoanei nu este considerat ca fiind dobândit, ci rezultatul interpretărilor favorabile faţă de încălcarea legii. În mod concret persoana va prelua toate aceste comportamente prin învăţare, dar din interacţiunea directă cu ceilalți membrii ai grupului. El va învăța acest comportament în urma unor asocieri diferențiate ce pot varia în frecvenţă, intensitate şi durată.

Consumul de droguri apare, deci, ca o consecinţă a învăţării „distructive", a tehnicilor de consum. Această învăţare este similară cu alt proces de învăţare prin observare, imitare şi preluare a unor deprinderi negative. Astfel, Karl-Dieter Opp preia această teorie şi o

[137] Edwin Hardin Sutherland, Principles of Criminology (Chicago, Philadelphia [etc.]: J. B. Lippincott company, 1939).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

testează în practică.[138] El observă că elementul cu cel mai semnificativ impact în dezvoltarea comportamentului deviant este numărul mare al contactelor dezvoltate de o persoană cu indivizi cu activităţi infracţionale sau care discută frecvent astfel de subiecte.

Aplicabilitatea acestei teorii în contextul românesc este creionată de capacitatea profesioniştilor de a evalua corect influenţa reală asupra adolescenţilor sau tinerilor din partea prietenilor sau a familiilor acestora în modelarea unui comportament pro-consum. Înţelegerea în practică a unei astfel de teorii îi poate ajuta pe profesioniştii care oferă servicii de asistenţă a persoanelor consumatoare să privească în profunzime la posibilele cauze ale consumului, conturându-se astfel intervenţia corectă. Cercetarea prezentei lucrări va încerca să surprindă astfel de elemente şi să analizeze locul pe care acestea îl ocupă în dependenţa consumatorilor de droguri.

Teoria lui Akers, denumită *întărirea diferenţiată*,[139] este, de fapt, o nouă abordare a teoriei lui Sutherland şi reprezintă o combinare a altor două teorii, şi anume asocierea diferenţiată şi condiţionarea factorială.[140] Aceasta prevede că un comportament este rezultatul unei recompense pozitive. Aceste recompense provin de la persoanele semnificative din viaţa celui în cauză şi tocmai acest lucru îl determină pe acesta să fie deschis spre asocierea diferenţiată faţă de un comportament dat. Astfel că, utilizarea drogurilor este influenţată de presiunea celor de lângă, deoarece şi ei folosesc acest drog. Mai mult, comportamentul este întărit pozitiv de plăcerea

---

[138] Gerben J. Bruinsma, „Differential Association Theory Reconsidered: An Extension and Its Empirical Test", Journal of quantitative criminology 8, no. 1 (1992).

[139] Ronald. Burgess, & Akers Ronald., „A Differential Association-Reinforcement Theory of Criminal Behavior. Social Problems", Autumn 14, no. 2 (1966).

[140] Ronald L. Akers şi Gary F. Jensen, Social Learning Theory and the Explanation of Crime : A Guide for the New Century, Advances in Criminological Theory, (New Brunswick, N.J.: Transaction, 2003), pag. 1–9

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

interioară pe care o simte persoana. Iar ca întărire negativă în acest sens se încearcă evitarea durerii care poate fi provocată de abstinență.

După cum deja am observat în discuția referitoare la rolul teoriilor biologice, şi aici putem accentua faptul că oamenii sunt ființe cu capacitate psihică de alegere asupra acțiunilor lor, chiar dacă centrii plăcerii localizați în creierul uman au influențe evidente asupra dorințelor. Condiționarea pavloviană, după cum se observă la animale, pentru om este influențată şi de recompense psihice şi sociale, ducând la formarea unor comportamente încadrate social, adică în funcție de relațiile pe care persoana le are cu cei din jur. Astfel că, întărirea unui comportament, atât pozitiv cât şi negativ, poate veni tocmai din relațiile de socializare. Având în vedere că societatea românească prezintă o coeziune relativ strânsă între membrii ei, mediul de proveniență al consumatorului oferă multe informații ce pot sta la baza înțelegerii cauzelor consumului şi mai apoi la găsirea soluțiilor potrivite pentru o accesare pozitivă a rețelei de suport din jurul consumatorului.

Din cadrul acestor teorii ale procesului de învățare face parte şi cea propusă de Travis Hirschi, care se numeşte *teoria controlului* sau *a obligațiilor sociale*.[141] Autorul susține că oamenii se nasc răi, dar că societatea trebuie să îi controleze pentru ca aceştia să fie buni. De aceea prezintă patru elemente esențiale pentru a se putea ajunge la obiectivul propus: ataşament (față de alte persoane); angajament (față de anumite acțiuni sociale); implicare (în activitățile sociale convenționale) şi credință (în sistemul de valori al societății). Chiar dacă autorul porneşte de la ideea că fiecare persoană poate comite acte delicte, el sugerează că, datorită ataşamentului față de ceilalți membrii ai societății şi față de valorile acesteia, se poate controla un astfel de comportament deviant.

---

[141] Travis Hirschi, Causes of Delinquency (Berkeley,: University of California Press, 1969).

Forţa pe care o astfel de teorie o oferă este puternic influenţată de stadiul de dezvoltare a persoanei. De exemplu, un adolescent care se află în etapa de rebeliune faţă de orice formă de autoritate, va prezenta un grad mai mare de disociere în relaţia cu societate. Angajamentul lui va fi mai diluat, iar valorile sunt în formare. Consumatorii români sunt cu atât mai mult influenţaţi negativ, cu cât schimbările societale sunt mai bruşte şi astfel exercitarea controlului social este mai redus. De aceea, angajarea şi responsabilizarea indivizilor la nivel de comunitate poate oferi mecanisme benefice de prevenire a devianţei, dar şi, ulterior, de asigurare a abstinenţei, după perioada de dezintoxicare şi tratament.

O altă abordare din cadrul teoriilor procesului de învăţare este lansată de Howard Becker care descrie modul în care *o persoană devine un consumator de marijuana*.[142] El sugerează că acest lucru nu intervine automat, ci este consecinţa unui proces de învăţare ce vizează tehnica de inhalare, efectele percepute de societate şi asociate cu utilizarea acestuia, dar, în acelaşi timp, începe să recunoască efectele asociate folosirii drogului ca fiind plăcute.

În ce priveşte criticile aduse acestor teorii putem spune că ele par să neglijeze trăsăturile de personalitate şi individuale ale delincventului, lăsând la o parte tocmai motivaţia personală a acţiunilor sale ce contravin normelor de drept.

2.3.2 *Teoriile structurării sociale*

În cadrul acestui grupaj avem o serie de teorii proeminente precum: *teoria anomiei sociale* a lui Durkheim, *teoria dezorganizării sociale* (Şcoala din Chicago), *teoria oportunităţilor diferenţiate* (Richard Cloward şi Lloyd Ohlin) şi *teoria subculturilor* (A. Cohen).

Teoria anomiei sociale este foarte cunoscută şi utilizată în domeniul dependenţelor. În cadrul acestei teorii se recunoaşte

[142] Howard Becker, „Becoming a Marihuana User", American Journal of Sociology, Published by: The University of Chicago Press 59, no. 3 (1953).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

conflictul de norme ce conduce la starea de anomie (fără normă), după cum explică Durkheim. El introduce conceptul de stare naturală şi normală a mediului social în care trăiesc atât indivizii, cât şi grupurile sociale. Comportamentul deviant este generat de un control scăzut al funcţiilor sociale exercitate de comunitate (familie, vecini etc.), datorită mecanismelor slabe de definire a valorilor şi scopurilor societăţii respective. Aceste scopuri sunt menite să reglementeze comportamentul individului, dar dacă o societate devine anomică, aceasta nu mai are capacitatea de a-şi controla membrii, deoarece legea/norma este încălcată sau, probabil, nu este operațională în acea unitate de timp şi loc, ceea ce se întâmplă, de obicei, în situații de schimbare socială rapidă.[143] În acest context societatea nu mai poate pretinde membrilor ei conformarea la normele interne. Astfel că, devierea de la aceste norme societale generează reacţii nefaste ale colectivului față de individ, provocând respingere, cu scopul de a întări consensul constrictiv față de abatere. Totuşi, autorul susține că acestea sunt efecte necesare şi de control în lumina evoluției societății şi a dreptului comunitar. De aici putem înțelege că delincventul poate juca un rol reglator în viața societății.

În ce priveşte situația României, se poate spune că schimbările rapide însoțite de sentimentul generalizat al vidului legislativ şi implicit al normelor legale şi sociale, a fost, cel mai probabil, factor primordial în declanşarea „avalanşei" drogurilor imediat după 1990. Cuplat cu acest lucru se observă lipsa instrumentelor de intervenție resimțite de profesioniştii ce activează în domeniul consumului de droguri. Aceste instrumente încep să fie generate şi coordonate de instituții ale statului, dar procesul este încă la început. Mai mult, instrumentele de intervenție a

[143] D. Banciu şi Rădulescu S., *„Corupţie şi crimă organizată în România"* (Bucureşti: Continent XXI, 1994), pag. 115

profesioniştilor din domeniul psihiatric, asistenţă socială, medicină sau consiliere psihologică sunt şi ele în faza de dezvoltare, ceea ce oferă speranţă pentru viitoarele generaţii ale ţării noastre.

În teoria lui Durkheim este important ca totul să fie aşa cum a fost deja stabilit prin norma morală, religioasă sau juridică.[144] Încălcările acestor legi pot conduce la situaţii societale grave, inclusiv la manifestarea unei anarhii în care legea nu mai prezintă niciun factor de control. În situaţii de acest gen, unii indivizi aleg să îşi regleze starea de tensiune prin acte delicte precum utilizarea drogurilor, infracţiuni împotriva bunurilor personale şi altele. Tocmai aceste neadaptări ale indivizilor la normele sociale produc fenomenul de anomie. De aici se poate genera o lipsă de solidaritate între indivizi, manifestată mai ales atunci când instituţiile sociale cum ar fi familia, comunitatea, şcoala sau biserica nu mai constituie barometrul reglator al normei colective. Astfel, comportamentele antisociale şi deviante se înmulţesc şi devin greu de controlat.

Robert Merton a redefinit termenul de anomie preluat de la Durkheim şi oferă un nou concept, şi anume *teoria constrângerii*. El explică devianţa prin lipsa de acces la mijloacele legale de a-şi împlini obiectivele propuse.[145] Teoria lui Merton pare să fie centrată în frustrarea celor dintr-o ierarhie inferioară care nu pot să-şi asigure atingerea obiectivelor lor datorită constrângerilor impuse de ceilalţi. De exemplu, locuitorii unei regiuni a oraşului (centru sau periferie) se simt neglijaţi de planurile de dezvoltare socială, economică şi educaţională a urbei.

Meritul lui Merton constă şi în faptul că propune o matrice prin care se pot interpreta comportamentele deviante ale

---

[144] Vezi în D. Banciu şi S. Rădulescu, *„Sociologia crimei şi a criminalităţii"* (Bucureşti: Şansa, 1996), pag. 22

[145] Robert Agnew, „A Revised Strain Theory of Delinquency", Social Forces 64, no. 1 (1985).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

indivizilor.[146] Această paradigmă are două axe. Pe o axă se află condițiile structurale (obiective şi mijloace), iar pe cealaltă se află răspunsurile instituționale (conformitate, inovație, ritualism, respingere sau rebeliune).[147] Merton îşi conturează teoria în cultura americană de care este influențată prin faptul că visul american are la bază norme şi valori sociale de muncă şi educație. În lipsa respectării acestora se produce încălcarea normelor sociale. Iată deci că din perspectiva lui Merton, persoanele dependente sunt în categoria celor care resping (eng: *Retreatism*) total atât valorile, cât şi mijloacele de a ajunge în conformitate cu norma.

Deşi oferă credibilitate, teoria lui Merton nu are, totuşi, capacitatea de a găsi explicații necesare privind faptul că unii indivizii aflați în conflict cu valorile societății nu ajung să participe la săvârşirea delictelor, în timp ce alții o fac. Specific, se poate vorbi în cazul românilor despre elementele generate de plecarea părinților în țările Europei de Vest, lăsând copiii în grija bunicilor sau a altor persoane din rețeaua informală. Astfel că, în cazul nostru, preluarea comportamentelor deviante este facilitată de lipsa controlului social pentru conformarea cu norma socială adaptată generațional.

Datorită multiplelor transformări socio-culturale şi economice în care era angajată SUA, în contextul fenomenului expansiunii urbanistice, s-a adoptat un set nou de comportamente societale, care au început să fie studiate în prima parte a anilor 1950 în cadrul Şcolii de la Chicago de autori ca Sutherland, Henry McKay, Robert E. Farris şi, mai recent, Robert J. Sampson. Ca rezultat al acestor studii realizate de Şcoala de la Chicago, începe să se contureze o teorie sociologică numită *teoria dezorganizării sociale*.

---

[146] Robert K. Merton, Social Theory and Social Structure (New York: Free Press, 1966).

[147] Lorne Tepperman şi James E. Curtis, Principles of Sociology : Canadian Perspectives, 2nd ed. ed. (Oxford: Oxford University Press, 2009), pag. 114

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Această teorie are în atenţie, în principal, impactul pe care urbanizarea îl are asupra fenomenului infracţional. Motivaţiile toxicomanilor sunt reprezentate prin revolta împotriva familiei, transgresiunea interdicţiilor, nevoia unei satisfacţii imediate, conduita de refugiu sublimat, căutarea exotismului artificial şi depăşirea spaţiului şi timpului.[148]

Autorii acestei teorii au început să discute despre organizarea socială urbană şi influenţa ei asupra devianţei. Un element observat a fost apariţia unor distanţe sociale induse de distanţele fizice dintre case, care, alături de călătoria zilnică la locul de muncă, slăbesc controlul social al vecinătăţii şi al comunităţii asupra indivizilor. Mai mult, încep să apară diverse persoane care sunt nevoite să închirieze locuinţe sau să trăiască în hoteluri, acest lucru împiedicându-i să socializeze suficient cu ceilalţi membri, o consecinţă fiind asumarea mai mică a responsabilităţilor, împreună cu nerecunoaşterea normelor şi valorilor comunităţii. De asemenea, apar persoane care trăiesc la marginea comunităţilor, în locuri mai puţin accesibile şi pe străzi lăturalnice, acolo unde pot să-şi exercite actele delicte fără a fi observaţi sau constrânşi.

Meritul cel mai mare pe care îl are şi acum această teorie este legat de cercetările efectuate asupra fenomenului infracţional, explicat prin înţelegerea caracteristicilor relaţiilor dintre vecini, situaţia sărăciei, starea de omogenitate a grupurilor etnice şi mobilitatea populaţiei.[149]

Astfel de cercetări sunt benefice şi în cazul României, deoarece ar putea aduce o înţelegere reală a schimbărilor intervenite

---

[148] Răşcanu şi Zivari, *„Psihologie şi psihopatologie în dependenţă de drog"*, 2002, pag. 309–310

[149] Charis. Kubrin şi Ronald Weitzer, „New Directions in Social Disorganization Theory", Journal of Research în Crime şi Delinquency November 40, no. 4 (2003).

FOUNDATION UNIVERSITY LIBRARY

în configurația structurile sociale şi locative ale populației. Chiar dacă nu se înregistrează schimbări majore bruşte în tranziția de la mediul rural la cel urban, totuşi astfel de elemente trebuie luate în considerare, cu atât mai mult cu cât românii plecați în diaspora europeană țin să-şi construiască locuințe ce au caracteristici tipice stilului de viață din vestului Europei. Această schimbare a stilului de viață determinat de tipul locuinței este promovată şi de emisiunile TV „de succes" prezentate populației care ajunge astfel să-şi dorească plecarea la muncă în străinătate, ceea ce ne conduce la discutarea următoarei teorii sociale.

Richard Cloward şi Lloyd Ohlin au dezvoltat teoria mai sus amintită a lui Merton (teoria constrângerii), formulând *teoria oportunităților diferențiate,* ca urmare a observațiilor pe care le-au făcut asupra unui grup de copii în relație cu oportunitățile oferite de societate, ceea ce conduce la formarea unor subculturi delincvente.[150] Autorii explică situația copiilor (în special a băieților) care provin din medii sărace şi se angrenează în găştile delincvente.[151]

Autorii acestei teorii identifică trei subculturi predispuse spre devianță, care depinde de modul în care comunitatea este organizată şi de oportunitățile oferite. Prima este „subcultura infracțională" care se dezvoltă în comunități stabile, dar cu oportunități nelegitime, ceea ce conduce la formarea unor copii cu trăsături deviante garantate. A doua este „subcultura conflictuală" care se dezvoltă în suburbii în care fluctuația populației este foarte mare şi, astfel, nivelul infracțional este crescut. În acest context copii nu au oportunități suficiente pentru a preveni formarea unui

---

[150] Richard Andrew Cloward şi Lloyd Edgar Ohlin, Delinquency şi Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs (New York: Free Press, London; Collier-Macmillan, 1966).

[151] Robert M. Regoli, John D. Hewitt, şi Matt DeLisi, Delinquency in Society, 8th ed. (Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2010), pag. 194

comportament deviant. Adulții care locuiesc aici se consideră rataţi social, iar abilitățile şi cunoştințele lor nu pot să ofere copiilor o perspectivă prea bună. Al treilea tip de subcultură este cel „rezistent." Copiii din această categorie nu pot împlini cerințele primelor două subculturi şi nici nu pot ajunge la standardele societății. Astfel că, ei trăiesc o „dublă decepție", de aceea singura alternativă ar fi alcoolul şi drogurile.[152] Şi în cazul unor români, există astfel de realități, dar ce este important de urmărit pe viitor este reprezentat de numărul emigranților ce v-a creşte pe viitor în România şi care vor crea astfel de subculturi, mediul propice pentru delincvență.

Un alt autor care a descris *teoria subculturilor deviante* a fost John O'Donnell. El a explicat că într-o societate/vecinătate în tranziție, subcultura consumului de droguri este în creştere. În acelaşi timp, el explică modul în care aceste comunități încearcă să îşi găsească propriile posibilități şi mecanisme de identificare a surselor de droguri. Mai mult, membrii acestor comunități sunt dispuşi să învețe modalități creative pentru a obține necesarul de droguri.[153]

În acelaşi cadru al teoriilor culturilor deviante se situează şi *teoria conflictelor culturale*, elaborată de Thorsten Sellin, în care legea este impusă de cultura dominantă. Acest lucru va intra în conflict cultural cu norma grupului mai puțin reprezentativ în cultura dominantă. Acest al doilea grup va dori să-şi exprime specificul său social, împreună cu experiențele proprii, şi, de aceea, conflictul cultural izbucneşte în cadrul grupului mai puțin dominant.[154] În

[152] Ibid., pag. 195

[153] John A. O'Donnell şi John C. Ball, Narcotic Addiction (New York,: Harper & Row, 1966), pag. 78–79

[154] Thorsten Sellin, „Culture Conflict şi Crime", American Journal of Sociology 44, no. 1 (Iulie 1938).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

continuare, Sellin susține că în măsura în care o societate devine mai eterogenă şi mai diversificată, cu atât probabilitatea şi frecvența conflictelor culturale se vor înmulți şi, implicit, actele delicte vor creşte.

Pornind tot de la Şcoala din Chicago, *teoria subculturilor* este o continuare a ideilor abordate în ultimele teorii. Chiar dacă acestea sunt legate între ele, totuşi fiecare prezintă caracteristici individualizate. Teoria concepută de Albert K. Cohen nu analizează atât de mult aspectul oportunităților economice, cât comunitățile de muncitori în care apar găşti infracționale ca răspuns la percepția lor față de statutul socio-economic în care trăiesc. Ulterior, această teorie a fost dezvoltată şi de alți autori, cum ar fi Miller, Matza sau Philip Cohen. De exemplu, acesta din urmă a studiat în anul 1972 un grup de tineri din estul Londrei, în încercarea de a determina modul în care două comunități diferite reacționează la schimbările survenite.[155] Autorul continuă prin a demonstra impactul acestor schimbări economice şi imobiliare asupra relațiilor de familie, care creează premisele propice pentru dezvoltarea obiceiului de a utiliza droguri. Ca rezultat, el arată că fiecare generație va încerca să îşi găsească mijloacele de subzistență prin căutarea unor locuri de muncă sau a altor surse de venit.

În ciuda eforturilor consumatorului de a ascunde consumul şi de a nega existența dependenței ce urmează să se instaleze tot mai evident, există mai multe elemente pe care familia consumatorului le poate sesiza în momentul când acesta începe să consume droguri.[156] Aceste elemente sunt clasificate de autor în trei categorii distincte: a)

---

[155] Phil Cohen, „Sub-Cultural Conflict ands Working Class Community", Working Papers in Cultural Studies, University of Birmingham., no. 2 (1972).

[156] Arthur W. Blume, *„Consumul şi dependența de droguri: ghid practic de evaluare, diagnostic şi tratament, psihologie clinică şi psihoterapie"* (Iaşi: Polirom, 2011), pag. 91–92

OVIDIUS UNIVERSITY LIBRARY

modificarea stării de sănătate şi a înfăţişării. Aici sunt incluse schimbările dispoziţiilor consumatorului, modificări ale emoţiilor, ale obişnuinţelor şi responsabilităţii, diminuarea încrederii pe care o poţi avea în persoana respectivă, manifestarea unui comportament schimbat la locul de muncă/şcoală sau în mediul recreaţional şi de socializare. Se mai pot observa modificări fizice şi biologice, scăderi în greutate, apariţia unei boli specifice etc. b) Probleme cognitive, şi anume probleme de memorie, goluri de memorie, pierderea dexterităţii, predispoziţia la accidente, decizii proaste, impulsivitatea, asumarea de riscuri de care nu este conştient. c) Modificarea fundamentală a comportamentului cotidian. Aceste modificări sunt evidente în aspecte ce ţin de rutina personală, neglijarea responsabilităţilor zilnice, neglijarea activităţilor cu familia sau a acţiunilor cărora obişnuia să le acorde atenţie, întârzieri la întâlniri sau chiar neprezentarea, blamarea persoanelor apropiate pentru diverse lucruri pe care nu le poate motiva, probleme financiare etc.

Statutul socio-economic al familiei are un efect considerabil asupra comportamentului adolescentului în consumul de substanţe nocive. În funcţie de educaţia tatălui, se poate vorbi despre o influenţă pozitivă în prevenirea consumului. Astfel că, dacă tatăl are o pregătire superioară, adolescentul are mai puţine tendinţe în folosirea substanţelor menţionate.[157] Totuşi, educaţia mai bună a tatălui nu ajută când vine vorba despre fumat tutun. Canabisul este un drog interzis în România, ceea ce explică faptul că aici problema consumului pare să fie mai complexă decât în ţările Europei de Vest, unde se manifestă o toleranţă mai mare în acest sens, iar influenţa tatălui în inhibarea dorinţelor adolescenţilor este mai puternică. Mai

[157] Richard. Muscat, Thóroddur Bjarnasson, François Beck, Patrick Peretti-Watel, Risk Factors în Adolescent Drug Use: Evidence from School Surveys and Application în Policy (Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2007), pag. 28

mult, bunăstarea economică a părinților, în țara noastră, se pare că nu contribuie în niciun fel la consumul de droguri sau la prevenirea acestuia.[158]

Este evident faptul că familia joacă un rol important în viața consumatorului de droguri. Probabil că în România acest lucru este cu atât mai real datorită formei tradiționale de organizare a familiei. În acelaşi timp se poate observa că familia, prin structura ei, oferă atât avantajele unei coeziuni benefice, cât şi dezavantajele evidente cauzate de interacțiunea negativă între membri (aproape toți subiecții cercetați au suferit abuzuri de diferite forme).[159] În cazul unei „monitorizări parentale pozitive" se pot vedea beneficiile rezultate din interacțiunea părinte-copil, iar acest mecanism contribuie la prevenirea consumului.[160] Datorită faptului că în cadrul familiei are loc învățarea prin imitare, consumul de droguri este preluat în comportament de către copiii părinților consumatori. Un alt factor menționat de Blume este distanțarea dintre părinte şi copil ca factor dăunător în lupta antidrog.[161] Astfel că, buna înțelegere a teoriilor structurii sociale ne ajută să evaluăm mai bine situația reală şi, eventual, ne îngăduie să creionăm o intervenție mai specifică în situația persoanei dependente.

2.3.3 *Teoriile reacțiilor sociale*

Cea de a treia categorie a teoriilor sociologice include, în primul rând, teoria etichetării şi teoria conflictelor. Se poate spune că Frank Tannenbaum este considerat bunicul *teoriei etichetării*. În

---

[158] Ibid., pag. 29

[159] Giorgescu, Ovidiu. *„Dimensiuni socioculturale ale sistemului de probațiune la minorii cu comportament adictiv private de libertate"*, Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2011, pag. 259, 286, 313

[160] Blume, *Consumul şi dependența de droguri: ghid practic de evaluare, diagnostic şi tratament*, 2011, pag. 75

[161] Ibid., pag. 76

UNIVERSITATEA UNIVERSITY LIBRARY

acelaşi timp, această teorie a fost explicată de sociologul francez Emil Durkheim în cadrul studiilor lui despre sinucidere. Ulterior, Harward Becker a preluat elementele teoriei şi a arătat cum „grupurile sociale creează devianța prin stabilirea unor reguli care, odată încălcate, conduc la devianță... deviantul este, astfel, cel pasibil de a fi etichetat cu succes; comportamentul deviant este comportamentul pe care îl etichetează ca atare."[162] Iată că în această abordare teoretică accentul nu mai cade atât de mult pe persoana în sine, ci mai degrabă pe reacția societății care stabileşte normele şi care decide cine trebuie etichetat. Odată etichetată, persoana este considerată ca fiind unul din exterior (*outsider*) şi astfel intervine stigmatizarea impusă asupra individului. De aceea, este relativ uşor să apară erori, în sensul în care persoane etichetate ca deviante să nu fie neapărat cele care comit abaterile cele mai grave. În acelaşi timp, este relativ dificil să fie identificați toți cei care se angajează în acțiuni deviante, pentru a fi stigmatizați în acest sens. În România, „se afirmă că persoanele dependente sunt persoane slabe, dar, în realitate, persoanele dependente devin persoane slabe."[163] Acest lucru se întâmplă atât ca urmare a stigmatizării puse de membrii comunității, cât şi din cauza instalării dependenței. Deci impactul comunității în evaluarea pe care o face poate genera multiple dificultăți şi, astfel, persoanele angajate în activități antisociale vor comite în continuare infracțiuni, în timp ce altele mai puțin active în acest sens vor fi constrânse la izolare, din cauza reacției subiective a comunității.

În situația etichetării impuse de societate se află adesea personale care aleg consumul de substanțe nocive. Este posibil ca acestea să nu fie implicate la început în acte delincvente, dar odată

---

[162] Howard Saul Becker, Outsiders; Studies în the Sociology of Deviance (London: Free Press of Glencoe, 1963, (Revised 1973), pag. 9

[163] Stelian Țurlea, *„Bomba drogurilor"* (Bucureşti: Humanitas, 1991), pag. 17

cu alienarea lor intervine şi orientarea lor spre alternative infracţionale alături de cei care sunt deja implicaţi în astfel de acţiuni. Şi în ţara noastră există o anumită percepţie, poate chiar generalizată, observată la autorii autohtoni. În articolul lor, Rădulescu şi Dâmboveanu, au analizat diverse reacţii din mass-media cu privire la problematica drogurilor. Se poate observa că aproape toate aceste reacţii au un iz de incriminare, dar şi de încercare de a transmite că drogurile sunt ceva foarte negativ şi sunt prezentate ca un fel de rău întrupat.[164] De aceea, controlul social exercitat este contrar aşteptărilor celor dependenţi şi, de aceea, probabil că toxicodependenţii par să devină mai degrabă produsul societal şi să nu se poată observa la aceştia atitudinea de conformare faţă de dorinţa societăţii.

Teoria conflictelor sociale îşi are originea în cea mai mare măsură în scrierile lui Karl Marx care a analizat societatea vestică şi a făcut cercetări ample asupra etapelor de dezvoltare în relaţiile dintre grupuri. Această teorie este explicată de Oberschall ca referindu-se la conflicte între grupuri, indivizi, organizaţii sau comunităţi asupra valorilor, resurselor, dorinţei de putere sau a statutului social care se pot manifesta în rândul claselor sociale, grupurilor etnice, grupurilor religioase prin diverse elemente de rebeliune, manifestaţii, greve etc.[165] Autoritatea joacă un rol principal în manifestarea controlului social şi, de aceea, Dahrendorf explică faptul că autoritatea nu provine de la persoana în sine, ci de la poziţia pe care aceasta o are.[166] În schimb, la nivelul consumului de droguri, această teorie

---

[164] M. Sorin Rădulescu şi Cristian Dâmboveanu, *„Actualitatea problemei drogurilor în România. Evaluări calitative"*, Revista Română de Sociologie XVIII, no. 5–6 (2007).

[165] Anthony Oberschall, „Theories of Social Conflict", Annual Review of Sociology 4 (August 1978).

[166] George Ritzer, Modern Sociological Theory, 5th ed. (Boston: McGraw Hill, 2000), pag. 124

CJI INSIDE TRANSILVANIA UNIVERSITY LIBRARY

este explicată de Elliot Currie, care surprinde faptul că sistemul juridic este neputincios să facă față provocărilor consumului de droguri,[167] şi de aceea sunt generate probleme economice, reacție redusă a celor în măsură să ia atitudine, iar, în final, individul şi familia sunt afectate evident. Tot el explică şi nevoia de alegeri potrivite în ceea ce priveşte reformarea sistemului de pedepse adecvate, în special cele privative de libertate. Aceste elemente au repercusiuni la nivel economic, social şi educațional al noii generații de copii şi tineri.[168] De aceea, cadrul legislativ creat în țara noastră este un început benefic pentru lupta împotriva acestui fenomen atât de dăunător.

2.4 Dimensiunea spirituală în problema consumului de droguri

Dimensiunea spirituală constituie o preocupare reală a societății româneşti în conexiune cu problema consumului de droguri. Această preocupare a făcut subiectul unei conferințe internaționale organizate de Agenția Națională Antidrog din România, în anul 2005. Mai mult, sunt organizate întâlniri menite să îmbogățească acest domeniu de activitate, mai ales că există la ora actuală preoți care lucrează, în acest scop, în mediul penitenciar. Ca urmare a unei astfel de întâlniri s-a efectuat şi o cercetare (prezentată într-o lucrare de doctorat în cadrul SAS) ce evidențiază importanța divinității în reabilitarea persoanelor încarcerate.[169]

Modelul spiritual de implicare față de consumatorii de droguri a fost primul model terapeutic dezvoltat pentru tratarea

---

[167] Elliott Currie, „Towards a Policy on Drugs", Dissent (Winter 1993).

[168] E. Currie, Crime and Punishment in America (Picador, 1998), pag. 185–193

[169] Dima Aida Răducanu, *„Reabilitarea persoanelor toxico-dependente în mediul penitenciar"* (Universitatea din Bucureşti, 2011), pag. 234–235

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dependențelor.[170] Acest model lansează premisa că dependența este o problemă biologică şi presupune parcurgerea a 12 paşi prestabiliți ce vor ajuta dependentul în multitudinea problemelor spirituale pe care le prezintă şi care l-au condus la dependență. Obiectivul acestei terapii este iluminarea spirituală sau convertirea. Această terapie porneşte de la ideea că instalarea consumului este cauzată de apariția unui gol spiritual al individului, ceea ce sugerează că actul în sine al consumului este o problemă existențială apărută în relația cu divinitatea. Interesul guvernelor este stârnit de această metodă care pare să aducă speranță în acest sector de activitate, însă, în acelaşi timp, prea puține cercetări au fost realizate de către specialiştii din domeniu,[171] interesați probabil de un demers academic şi pragmatic, la îndemâna lor. De multe ori, ne este greu să abordăm într-un studiu ceea ce nu înțelegem sau nu avem posibilitatea să verificăm, existând astfel pericolul instalării ignoranței. „De obicei, profesioniştii care operează în cadrul acestui model sunt specialişti în asistență socială sau în terapia familiei. Potrivit acestui model, tratamentul în cazul unei probleme cu drogurile constă în a utiliza terapia familială pentru a schimba dinamica raporturilor dintre membrii unei familii."[172] În această abordare, terapeuții vor include şi familiile în procesul de recuperare, ca urmare a abordării întregului microsistem al persoanei.

Este de notat că valoarea pe care o are credința creştină în intervenția terapeutică asupra celor care se află prinşi în patima consumului de substanței toxice este reală. De aceea, intervenția asistenței sociale, îmbinată cu abordarea spirituală, poate oferi

---

[170] Blume, *Consumul şi dependența de droguri: ghid practic de evaluare, diagnostic şi tratament*, 2011, pag. 318
[171] Ibid., pag. 318
[172] Ibid., pag. 320

înțelegeri inestimabile în acordarea de sprijin şi real pentru eradicarea acestui flagel. Astfel că, privind la cercetările psiho-sociologice, dar şi la natura umană explicată din perspectivă teologică, putem spune că există trei etape de dependență, şi anume: dependența primară care însumează toată ambiția, aspirațiile, curiozitățile, dar şi nevoile omului.[173] Acestea sunt explicate de mulți autori, cum ar fi Maslow sau Adler. În această categorie intră încercările omului de a pătrunde dincolo de accesibil şi de a căuta diverse forme de a ieşi din materie cu scopul de a experimenta noi trepte de împlinire. În primul capitol al acestei lucrări am observat că, datorită acestor elemente, omul testează diverse substanțe care îl pot conduce spre consumul de droguri. Mai apoi, avem dependența secundară, care se instalează în momentul în care consumul de droguri conduce persoana tocmai spre această situație nedorită, dar care pune stăpânire treptat atât pe minte, cât şi trupul celui în cauză. Ulterior, în încercarea de a rezolva problema drogului, persoanei i se oferă un tratament care, la rândul lui, poate produce dependență atât în domeniul medicamentos (vezi situația metadonei), cât şi în relație cu terapia emoțională sau de suport.

De-a lungul anilor s-a dezvoltat o formă de consiliere ce încearcă să mențină o direcție specifică domeniului teologic şi de aceea se numeşte consiliere spirituală. Această consiliere are, în principiu, trei abordări în relație cu psihologia. Prima abordare este de a prelua conceptele şi studiile psihologice urmând toate protocoalele necesare consilierii psihologice, dar, datorită faptului că terapeutul este creştin, acesta aduce în ecosistemul intervenției şi

---

[173] (Fundația Culturală Secolul 21) FCS21, *„Consumul de droguri o problemă românească în context globalizat"* (paper presented at the Societatea civilă, Bucureşti, 22 Aprilie 2004). În această lucrare Wim Buisman susține că debutul consumului de droguri are de cele mai multe ori la bază curiozitatea specific umană. Acest lucru este valabil în toată lumea, dar şi în context românesc.

elemente spirituale. O altă abordare este cea a terapeutului care preia principiile profesionale şi deprinderile specifice profesiei consilierului terapeut, dar le transferă în domeniul consilierii spirituale prin îmbinarea principilor biblice în actul terapeutic.[174] Cea de a treia abordare este situația în care consilierul spiritual ignoră orice fel de cercetări şi studii psihologice şi adoptă explicit principiile biblice, pornind doar de la premisa că orice fel de problemă psihică este o consecință a păcatului (neascultare față de divinitate).

Ca parte din abordare, consilierea creştină bazată pe intervenție divină este şi metoda dezvoltată de Alcoolici Anonimi care au formulat 12 paşi în scopul menținerii abstinenței.[175] Este cunoscut faptul că, mulți ani la rând, această abordare a avut efecte benefice şi a oferit rezultate palpabile în tratarea problemelor dependenței care la început s-a axat pe alcool, iar ulterior s-a extins la ceea ce astăzi cunoaştem ca fiind Narcoticii Anonimi. Aceste două forme de intervenție aparțin celei de-a doua abordări prin care se îmbină domeniul psihologiei cu înțelegerea spirituală. O astfel de abordare pare cea mai potrivită, deoarece aduce o perspectivă mai largă, iar apariția rezultatelor este evidentă.

Problemele sociale au la bază nerespectarea sau ignorarea valorilor şi normelor sociale general recunoscute de societate. Aceste valori au şi valențe morale şi spirituale. S-a afirmat de multe ori că „religia este opiul societății", dar ce putem observa este că astăzi societatea nu mai are religie pentru opiu, adică nu deține soluții concrete în reducerea drastică, prin abstinență, a consumului de

---

[174] Lawrence J. Crabb, *Effective Biblical Counseling* (Grand Rapids: Zondervan Pub. House, 1977), pag. 10. Autorul susține ideea îmbinării celor două aspecte: relațional şi teoretic (psihologic).

[175] Dackis şi O'Brien, *„Neurobiology of addiction: treatment şi public policy ramifications."* 2005

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

droguri. „Orientarea religioasă ajută mult persoana să se abţină sau chiar să se oprească din consum. Adolescenţii care sunt foarte implicaţi în religie sunt mai puţin predispuşi la utilizarea de droguri. Un experiment în Canada a demonstrat că cei care s-au alăturat unor grupuri ce desfăşurau activităţi de meditaţie, dragoste reciprocă, daruri psihice, au înregistrat o scădere drastică în consumul de droguri. 82% din utilizatorii de marijuana şi 61% din cei care utilizau psihotrope s-au oprit în mai puţin de trei luni."[176]

Ar putea oare astăzi religia oferi un model concret şi comprehensiv în prevenirea şi combaterea consumului de droguri? Ar putea membrii societăţii să dezvolte un set de norme şi valori adoptat de toţi membri săi în aşa fel încât consumul de substanţei stupefiante să se reducă la minimum? Modelul olandez de comunitate terapeutică ce include şi componenta spiritual-divină oferă o soluţie viabilă în societatea lor. Fără a fi restrictivă sau direcţională, intervenţia aceasta are rezultate clare şi pe termen lung.[177] Reglarea sistemului de valori şi dezvoltarea unor abilităţi de responsabilizare a individului aduc succesul într-un procent foarte ridicat.

Într-un studiu efectuat de un cercetător român se poate observa paralela între teoriile asistenţei sociale şi perspectiva creştin-ortodoxă asupra asistenţei sociale. Tabelul de mai jos redă tocmai această teorie, dar o completează cu abordarea creştină în asistenţă socială.[178]

---

[176] Robert H. Lauer, *Social Problems şi the Quality of Life*, 6th ed. (Madison, Wis.: Brown & Benchmark Publishers, 1995), pag. 122.

[177] Vezi exemplul metodei De Hoop (numită grijă evanghelică), folosită la nivel naţional în Olanda prin fonduri guvernamentale: http://www.dehoop.org/dehoophelps! Aprilie 2014

[178] Valer Irimia, *„Diaconia, între asistenţa socială şi filantropia socială"* (Universitatea Bucureşti, 2006), pag. 102

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Caracteristica	Asistenţa socială laică	Asistenţa socială creştină
Promovarea schimbării sociale	Conform idealurilor seculare	Conform idealurilor iubirii faţă de Dumnezeu şi de aproapele
Rezolvarea de problemei în relaţii	Prin metode şi tehnici specifice	Prin conştientizarea influenţei păcatului asupra relaţiilor interumane
Abilitarea eliberării oamenilor, în vederea sporirii bunăstării lor	Exclusive prin metode specifice	Reala eliberare se realizează prin eliberarea de condiţionarea păcatului şi prin har
Teoriile comportamentale şi sistemele sociale	Aceste teorii sunt furnizate de psihologie, psihologie socială, sociologie, etnologie, antropologie	Acceptă o parte dintre teoriile ştiinţelor socio-umane, abordându-le din perspectivă creştină şi oferă teorii proprii
Intervenţia între oameni şi mediu	Ia în considerare dimensiunea religioasă doar în anumite situaţii	Ia mereu în considerare relaţia omului cu Dumnezeu
Este fundamentată etic pe principiile drepturilor omului	Necesitatea sa este una dedusă raţional, logic, pentru buna funcţionare a societăţii, nu din iubire	Este fundamentată etic pe principiile creştine ale valorii şi demnităţii omului ca făptură a şi chip al lui Dumnezeu, ale iubirii şi ale dreptăţii sociale

Oferirea conceptului de păcat ca sursă a dificultăţilor prin care trece persoana s-ar putea să fie, într-o anumită măsură, limitativă, dacă nu chiar greşită. Sunt situaţii când Mântuitorul a traversat dificultăţi materiale, dar ştim că El a fost fără păcat. De aceea, putem spune că sunt momente de criză materială, emoţională, relaţională, morală şi psihică ce nu sunt generatoare sau generate de păcat. Este adevărat că fiinţa umană este atinsă de flagelul păcatului

BOOTASVICEMPT UNIVERSITY LIBRARY

începând cu căderea experimentată în grădina Eden, dar a afirma că dificultăţile prin care trece o persoană, într-un anumit moment al existenţei sale, au la bază un păcat anume, ar putea fi o eroare gravă. În acelaşi timp, recunoaştem că, dacă o persoană se află în relaţii conflictuale generate de respectiva persoană sau în situaţii de criză din cauza avariţiei sau unor probleme care au fost create în urma unor activităţi de folosire greşită (din perspectiva valorilor creştine) a relaţiilor sau a resurselor, o astfel de situaţie poate fi considerată o consecinţă a păcatului. Totuşi, chiar şi în astfel de situaţii, asistentul social va avea grijă de persoana în nevoie care se află în atenţia lui şi nu se va raporta la ea, în primul rând, ca la o persoană care a păcătuit înaintea lui Dumnezeu. Mai mult, se pare că există o dificultate a autorilor de a descrie demersul pe care un asistent social creştin îl întreprinde pentru a scoate persoana din starea de păcat şi, astfel, să fie evidenţiată îmbunătăţirea situaţiei cu care acesta s-a prezentat pentru a cere ajutor.[179] Nu toţi credincioşii care sunt asistenţi sociali au capacitatea de a îmbina valorile creştine cu profesia dobândită în urma pregătirii de specialitate. Pe de altă parte, nu toţi asistenţii sociali trebuie să activeze exclusiv în cadrul organizaţiilor religioase de asistenţă socială. Astfel că, relaţia dintre cele două domenii este, de multe ori, confuză la nivel teoretic şi practic, atât pentru profesionişti, cât şi pentru membrii bisericilor.

În acest context, ce înseamnă asistenţa socială creştină? Dacă termenul este luat ca atare, trebuie să subliniem că asistenţa socială nu poate avea voinţa de alegere pentru un set de principii şi valori. În schimb, putem discuta de un asistent social care este şi creştin. După cum o maşină sau medicina ca ştiinţă nu poate fi creştină, ci doar persoana care conduce maşina sau profesionistul care oferă serviciul calificat în medicină. Astfel, profesia de asistent social nu poate fi creştină, ci persoana poate lucra sub impactul schimbărilor

[179] Ibid., pag. 103–106

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

trăite în urma îmbrățișării credinței creștine, interiorizând valorile creștine și aplicându-le în practica asistenței sociale. Să nu uitam că, inițial, asistența socială a pornit din rândul bisericii,[180] cu valori și practică promovate și dezvoltate de aceasta, iar ulterior domeniul s-a dezvoltat autonom, preluând perspectiva umanistă, dar probabil păstrând motivația creștină. În același timp, trebuie să recunoaștem că, inclusiv, Declarația Universală a Drepturilor Omului a fost puternic influențată de cultura creștină, deoarece aceasta s-a dezvoltat în SUA, unde în acea perioadă valorile creștine erau mult mai prezente decât în Europa secularizată pe care o cunoaștem astăzi.

Tot aici putem discuta despre teoriile asistenței sociale care s-au dezvoltat după ce ani la rând asistenții sociali au folosit teoriile psihologiei, sociologiei sau antropologiei socioculturale, ca mai apoi să dezvolte propriul set de valori și practici. Aceste teorii sunt: abordarea centrată pe sarcină, acordarea centrată pe client, abordarea antidiscriminatorie și antipresivă, teoria susținerii și împuternicirii etc.[181] Multe dintre aceste abordări și demersuri au fost preluate din exemplul implicării bisericilor creștine în viața comunităților.[182]

Un alt element legat de scopul demersului asistenței sociale creștine este schimbarea așteptată în viața celui asistat. Dacă schimbarea este dorită în acord cu valorile și principiile bisericii, acestea trebuie promovate exclusiv prin mecanisme specifice bisericii, lăsând demersul asistenței sociale în seama celor care doresc să deruleze activități specifice acestei profesii. În realitate,

---

[180] Florica Mănoiu și Epureanu Viorica, *„Asistența socială în România"* (București: Institutul Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, 1992). Vezi primul capitol, pag. 1.

[181] Ana Muntean și Sagebiel Juliane, *Practici în asistență socială* (Iași: Polirom, 2007), pag. 89. Vezi și cele 7 etape ale dezvoltării acestor teorii, redate la pag. 90.

[182] Florica Mănoiu și Epureanu Viorica, *Asistența socială în România*, 1992, pag. 10.

principiile creştine pot să contribuie (şi, probabil, este foarte necesară această contribuţie) la formarea unei etici şi a unor principii de viaţă despre interacţiunea umană, dar şi a unor mecanisme potrivite pentru depăşirea problemelor. Dacă intenţia asistentului social creştin este de a aduce persoana în ascultare de legea divină, atât în relaţionarea cu Dumnezeu, cât şi cu semenii, atunci acest lucru trebuie realizat utilizând mecanismele bisericeşti. În schimb, dacă asistentul social creştin doreşte să demonstreze semenului altruism, sprijinindu-l în nevoile curente, este nevoie ca profesionalismul asistenţei sociale să fie dublat de valorile creştine.

Complexitatea realităţii sociale contemporane împiedică simpla manifestare creştină faţă de problemele societăţii. De aceea, s-a impus dezvoltarea unui domeniu ştiinţific care să aibă la bază studii umaniste legate de înţelegerea individului şi a societăţii, dar şi a interacţiunii acestora, pentru o mai mare eficientizare atât în oferirea sprijinului, cât şi în utilizarea corectă a resurselor pe care Dumnezeu ni le-a pus la dispoziţie în natura înconjurătoare şi în semeni. De aceea, misiunea bisericii ar trebui să fie centrată pe proclamarea principiilor Sfintei Scripturi, cu scopul ca oamenii să-şi însuşească aceste învăţături şi să le aplice în toate relaţiile şi aspectele tulburătoare ale vieţii. Astfel că, atunci când vine vorba despre nevoi specifice şi momente dificile, atât sociale, cât şi materiale, acestea trebuie să fie rezolvate prin intervenţie profesională impregnată de valorile învăţăturii creştine.

În practică, obiectivele celor două domenii (asistenţa socială şi creştinismul) sunt diferite. Asistenţa socială doreşte bunăstarea emoţională, materială, morală şi socială, pe când Biserica urmăreşte în mod special bunăstarea spirituală realizată printr-o bună relaţie cu divinitatea şi manifestată, totodată, prin relaţii frumoase cu semenii. Astfel că, bunăstarea materială sau socială nu este scopul în sine al Bisericii. Învăţătura Mântuitorului este evidentă în ceea ce

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

privește scopul creștinului. Nu bunăstarea materială proprie sau perspectiva pământească este învățată în Scripturi, ci bunăstarea spirituală și mentalitatea Împărăției lui Dumnezeu și a extinderii acesteia sunt promovate de Domnul Isus Hristos și de apostoli în Evanghelii. Dezvoltarea spirituală după perioada de dependență, ne spune Blume, rezultă în două aspect importante: puterea mai mare de a ierta, renunțând la resentimente, și capacitatea cognitivă mai mare pentru înmagazinare de informații și deschiderea minții.[183] Astfel că abordarea comune a asistenței sociale creștine aduce o relaționare mai bună atât pe verticală (cu divinitatea), cât și pe orizontală (cu oamenii).

Dacă iubirea semenului materializată prin acțiunea socială are la bază propriul interes de sfințenie, s-ar putea că această activitate să pară mai degrabă egoistă decât altruistă și atunci valorile creștine cu asistența socială vor fi în contradictoriu. De aceea, acțiunea socială promovată ca parte a mandatului misionar al creștinilor are nevoie să se manifeste independent de avantajele care decurg din acest demers, atât aici pe pământ, cât și ulterior în împărăția veșnică. În schimb, motivația trebuie să aibă la bază două ingrediente esențiale în dezvoltarea unor acțiuni sociale, și anume: a) cinstea pe care ne-o dă Mântuitorul de a ajuta pe cel în nevoie fie prin faptul că îl așează lângă noi, fie prin faptul că ne binecuvântează (emoțional, material, moral etc.) pentru a fi o binecuvântare; b) ascultarea de învățătura Bibliei în ce privește ajutorarea semenului. Astfel că aceia care doresc să observe binecuvântările primite și să împlinească nevoile semenilor, după măsura harului și bunătăților revărsate de El peste ei, vor face acest lucru din proprie inițiativă. Însă celor care nu sunt astfel motivați să se implice în ajutorarea aproapelui Scriptura le oferă alternativa ascultării de porunca lui Dumnezeu.

---

[183] Blume, *Consumul și dependența de droguri: ghid practic de evaluare, diagnostic și tratament*, 2011, pag. 442–443

CLUJ SCHOOL OF THEOLOGY UNIVERSITY LIBRARY

Alegerea ne aparţine fiecăruia. Asistentul social are, în schimb, motivaţia realizării profesionale, a împlinirii cu excelenţă a sarcinilor de serviciu, a remunerării materiale şi, eventual, a mulţumirii primite de la beneficiarului serviciului.

2.5 Analiză critică asupra pregătirii profesioniştilor şi familiei dependenţilor

În multe cercetări româneşti, utilizarea drogurilor este urmărită de autori care doresc să accentueze importanţa actului legislativ, subliniind astfel evoluţia mecanismului politic pentru determinarea unei legislaţii adecvate şi adaptate României. Acest interes poate fi o consecinţă a integrării tot mai accentuate în spaţiul gândirii şi acţiunii europene. Avem deci autori care au făcut adevărate lucrări de cercetare sau chiar teze de doctorat în acest sens. Acest lucru este de înţeles, datorită faptului că în perioada aceasta de tranziţie era nevoie de o adaptare continuă şi cât mai rapidă la normele Europei. De aceea, vom găsi în cadrul organizaţiilor nonguvernamentale ce derulează activităţi specifice acestui domeniu, lucrări de specialitate, studii şi cursuri în domeniu dependenţei. Unele dintre aceste lucrări sunt destinate pregătirii multidisciplinare a profesioniştilor sau chiar utilizării lor de către familia dependentului sau de persoana în cauză. În acelaşi timp, vom încerca să observam care sunt terapiile agreate şi promovate de specialişti.

Cu toate că opiul (macul) este cunoscut cu mai bine de 5 milenii înainte de Hristos, provenind din zona Mesopotamiei, ajungând apoi să fie utilizat în China, India, Grecia antică sau chiar de Freud (în experimentul lui),[184] totuşi se pare că acest domeniu încă mai are multe de oferit, iar cunoaşterea cumulativă a omenirii

[184] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „virtuţi" şi capcane pentru tineri, 2008* (Abordare Psihologică), pag. 13–15.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

va continua să adune experiențele generațiilor următoare, în scopul stăvilirii acestui flagel. De aceea, în următoarele secțiuni vom discuta atât despre pregătirea profesioniștilor și rolul familiei în dependență, cât și despre terapiile utilizate în prezent.

2.5.1 *Discuția instruirii profesioniștilor și rolul familiei*

Mulți profesioniști ce activează în domeniul dependențelor, sugerează că problematica drogurilor este preponderent o chestiune specifică specializări lor. De exemplu, dacă întrebăm un medic, acesta va susține că această problemă se tratează medical la fel ca o apendicită; probabil un profesor va spune că este o chestiune de educație, iar un polițist va duce întreaga ecuație în zona controlului legislativ ce poate fi exercitat asupra individului și a societății. Cu toate acestea, tot mai mulți specialiști din aceste domenii înțeleg că problematica nu aparține unui singur domeniu, ci are conotații multiple la nivelul întregii societăți. De aceea, perspectiva sociologică luată în ansamblul ei pare cea mai complexă în abordarea acestui domeniu vast al consumului de droguri.[185] Într-un interviu cu trei dependenți aflați în terapie la un spital, reporterul îi întreabă, printre altele, despre motivația pentru care au început să consume droguri. Primul răspunde că anturajul și problemele din familie, al doilea vede cauza dependenței în dorința de a uita, iar un al treilea susține că, dacă ai consumat droguri, reușești să treci peste probleme care nu te mai afectează. În toate aceste cazuri motivația stă în dorința de ieșire, de eliberare de anumite presiuni sociale sau psihice,[186] dar, în același timp, se poate observa multitudinea de fațete pe care le presupune intervenția pentru rezolvarea acestor probleme.

---

[185] Simona Drăgan, *„Dependența și delicvența"*, Secolul 21 1–4 (2004).

[186] Ilinca Anghelescu și Ivan Irina *„Dependența la ea acasă"*, Secolul 21 1–4 (2004).

CJUA ŞICIU FRANCISCANUS LIBRARY

Într-un studiu efectuat în Bucureşti, între anii 1996 şi 2000, în cadrul secţiei de dezintoxicare a unui spital, cercetătorul a observat că vârsta predominantă a pacienţilor era foarte mică, adică aproape 30% dintre pacienţi aveau între 18 şi 20 ani.[187] Într-o altă cercetare efectuată tot în România, de un grup de cercetători aparţinând grupului Pompido, se arată că locuirea doar cu unul dintre părinţi nu influenţează comportamentul adolescenţilor, de aceea nu există niciun impact major asupra obiceiurilor de utilizare a tutunului, canabisului sau alcoolului.[188] Totuşi, luând în considerare faptul că în mai toate ţările Europei de Vest se observă o influenţă clară a structurii monoparentale asupra adolescenţilor, am putea spune că fie datele nu au fost suficient de concludente, fie în această parte a continentului (Bulgaria se află în aceeaşi situaţie) structurarea familiei nu are o importanţă substanţială asupra consumului de droguri.

Pe de altă parte, avem o altă cercetare efectuată în România care demonstrează că părinţii află foarte târziu despre comportamentul adictiv al fiilor lor adolescenţi. Iată ce spune autorul studiului, medic de profesie: „Ceea ce este alarmant este faptul că familia descoperă consumul de drog al tânărului după aproximativ un an şi jumătate, timp în care modificările comportamentale generate de consum sunt ignorate de grupul parental."[189] Astfel că, dacă părinţii nu reuşesc să înţeleagă fenomenul dependenţei cu efectele lui dezastroase, aceşti tinerii nu vor primi suport din partea familiei.

---

[187] Vasile, *„Dependenţa de heroină – corelaţie cu trăsăturile de personalitate"*, 2001 pag. 478

[188] Muscat, Risk Factors în Adolescent Drug Use: Evidence from School Surveys and Application în Policy, pag. 22

[189] Vasile, *„Dependenţa de heroină – corelaţie cu trăsăturile de personalitate"*, 2001, pag. 478

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În multe cărți de specialitate se menționează faptul că familia are un rol important în viața celor care consumă droguri. Familia poate contribui la succesul sau insuccesul persoanei în cauză.[190] Un cercetător român observa că asocierea mediului familial este favorabilă prevenirii consumului, diminuării lui la nivelul celor care au început deja consumul, dar şi frânarea parțială în drumul spre recădere.[191] De aceea, membrilor familiei li se cere să aibă atât cunoştințe despre droguri, cât şi abilități şi atitudini potrivite. Din documentația oferită de cercetător nu putem înțelege cum s-a făcut psihoterapia şi, eventual, ce fel de tratamente farmacologice au fost aplicate. Cu toate acestea, putem observa că propunerile autorului sunt orientate spre a încuraja familiile dependenților spre o coeziune mai mare şi sprijin oferit cu scopul benefic în prevenirea şi reducerea consumului.[192] Astfel că, la nivel de cercetare, se propun tratamente psihoterapeutice, dar la concluzii se recomandă familiilor să devină proactive. Totuşi, autorul nu menționează dacă aceste două sisteme sociale, în care se încadrează dependentul, sunt în conexiune. În acelaşi timp, nu se discută despre existența vreunui transfer al cunoştințelor şi abilităților de la profesionist la familie, în aşa fel încât profesionistul să beneficieze de contribuția familiei, iar familia să obțină necesarul de informații sau abilități de la profesionist. Iată cum cele două sisteme sunt impermeabile şi, deci, separate de bariere evidente sociale făcând ca tratamentul să fie disociat şi fără continuitate evidentă, neobținându-se un flux şi schimb de abilități sau informații între cei care sunt actorii-cheie recomandați de cercetător ca fiind capabili de a influența pozitiv dependentul, în

---

[190] Gheorghe Alecu, *Manual de educație antidrog* (Constanța: Editura APM SA, 2003), pag. 54

[191] Vasile, *„Dependența de heroină – corelație cu trăsăturile de personalitate"*, 2001, pag. 293–322

[192] Ibid., pag. 293–322

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ciuda tulburărilor lui de personalitate. De exemplu, abilităţile de comunicare cu tinerii aflaţi în situaţia de dependenţă constituie o cerinţă pe care o profesioniştii o pretind de la părinţi.[193] Atitudinea de acceptare şi suport este şi ea amintită şi pretinsă de la părinţi sau de la familia consumatorului de droguri. În schimb, toate acestea sunt foarte puţin transferate de la profesioniştii din domeniu, în speranţa că aceştia le-au dobândit la rândul lor.

Atât părinţilor cât şi profesorilor din şcoli li se cere din partea altor profesionişti să deţină atât cunoştinţe, cât şi abilităţi şi atitudini specifice faţă de persoana dependentă. Totuşi, e posibil că acestea să fie prea puţin transferate de la profesioniştii din domeniu spre ei, deoarece fiecare profesionist este instruit specific în domeniul lui de expertiză, iar aceste domenii sunt combinate într-o măsură foarte limitată şi au prea puţine în comun cu „profesia" de părinte sau de membru al familiei. În ciuda progreselor făcute de ştiinţa contemporană în domeniul consumului de droguri, încă se resimte golul evident al îmbinării domeniilor de studii cu intervenţia în practică.

Dorinţa de a îmbina mai multe domenii în tratarea dependenţelor este un fenomen tot mai întâlnit, pornind de la iniţiativele unor specialişti în domeniul dependenţelor de substanţe până la atragerea atenţiei guvernelor.[194] În prima situaţie putem observa încercarea unor cercetători de a îmbina mai multe domenii de studiu, urmărindu-se realizarea unui singur manual de instruire, proces numit *blended learning*, adică „învăţarea amestecată."[195] Mai

---

[193] Alecu, *„Manual de educaţie antidrog"*, 2003 pag. 55

[194] Vezi iniţiativa Guvernului Statelor Unite ale Americii, din octombrie 2011: http://www.nih.gov/news/health/oct2011/niaaa-26.htm

[195] M. A. Cucciare, K. R. Weingardt, şi S. Villafranca, „Using Blended Learning to Implement Evidence-Based Psychotherapies", Clinical Psychology: Science and Practice 15, no. 4 (2008).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

mult, pornind de la perspectiva îmbunătățirii emoționale (*motivational enhancement*) şi plasând abordarea psihologică pe primul loc în tratarea dependențelor, autorii încearcă traducerea rezultatelor ştiințifice identificate în practica profesională.[196] Această perspectivă relativ recentă, care a debutat pe la mijlocul anilor 1990, deschide dorința profesioniştilor de a se apropria de client într-un mod cu totul nou, dar mult mai real.

În acest context este bine de observat faptul că lista de abilități şi cunoştințe necesare părintelui sau profesorului s-ar putea să nu le fie la îndemână.[197] Această listă implică un grad destul de ridicat de profesionalism, iar acolo unde aceste abilități şi cunoştințe nu sunt suficiente, se recomandă intervenția altor profesionişti care să ofere asistență.

Când prevenirea folosirii drogurilor este orientată spre educație, atunci se va realiza un plan de învățământ, în schimb, atunci când este orientată spre politică socială, se vor promulga legi. În cazul în care prevenția este îndreptată spre planul social se vor întocmi materiale informative pentru acțiuni orientate spre individ. Prevenirea se adresează problemelor care conduc spre potențiali consumatori şi ar trebui să răspundă la reducerea riscurilor existente. Dar, de multe ori, prevenția se adresează celor care nu prezintă riscuri. Întrebarea este cum ar trebui să intervenim pentru reducerea acestor riscuri la cei care le prezintă? Se depun mari eforturi pentru diferitele tipuri de prevenție: primară, secundară, la nivelul şcolilor, în cadrul familiei, totuşi se pare că cei mai mulți potențiali consumatori au un grad scăzut de educație, sunt fără implicare în activitățile comunității şi fără un model parental adecvat. Pe cât de necesară este continuarea acestor tipuri de

---

[196] Tevyaw şi Monti, *„Motivational Enhancement and Other Brief Interventions for Adolescent Substance Abuse: Foundations, Applications and Evaluations."*2004

[197] Alecu, *Manual de educație antidrog*, 2003, pag. 76

prevenţie, pe atât de utilă este demararea unor campanii de prevenţie în comunităţile şi în cadrul grupurilor ce prezintă riscuri criminogene sau deviante. În primul caz se vor reduce şansele ca o persoană să intre în contact cu problematica drogurilor, iar în al doilea caz se vor mări şansele ca persoanele să urmeze exemplul paternal, comunitar sau familial.

Organizaţia ALIAT şi-a propus crearea unor competenţe în domeniul dependenţei în România. De aceea, între anii 2002 şi 2005 a creat Centrul Românesc de Specializare în Domeniul Dependenţei prin care a publicat mai multe lucrări ale unor specialişti de renume, o serie de ghiduri şi cursuri de specialitate în domeniul dependenţei, acreditate de Ministerul Educaţiei Naţionale. Scopul întregului proiect a fost să dezvolte competenţe în rândul specialiştilor, iar prin intermediul organizaţiei JELLINEK din Amsterdam, Olanda, aceste cursuri şi ghiduri au văzut lumina tiparului. Vom încerca să observăm câteva aspecte prezentate în aceste cărţi.

În domeniul prevenţiei folosirii drogurilor putem distinge trei niveluri specifice. Iată cum sunt ele explicate de un medic: a) „prevenţia primară" (sau generală) care presupune intervenţia înainte de apariţia unei probleme de sănătate; b) „prevenţia secundară" (selectivă) ce presupune detectarea precoce a unei boli sau a unei probleme de sănătate deja existente, dar încă nemanifestată „clinic" şi c) „prevenţie terţiară" (sau cu indicaţii) care ajută la prevenirea recăderilor în cadrul unei boli sau la limitarea efectelor novice ale consumului de droguri.[198]

Pentru o bună pregătire profesională a personalului de specialitate se oferă o serie de sugestii referitoare la intervenţii în mediul familial. Acestea nu doar că îi ajută pe specialişti, dar ele sunt

[198] Eugen Hriscu, *„Prevenirea primară în abuzul şi dependenţa de substanţe psihoactive"*, ed. Dan & Victor Voicu Prelipceanu (Bucureşti: Editura InfoMedica, 2004), pag. 85

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

adresate dezvoltării unor abilități în rândul membrilor familiei de provenienţă a dependentului, împreună cu servicii profesionale. Bineînţeles, că acest lucru presupune nu doar o prestare de servicii din partea specialistului, ci şi transferul şi modelarea acestora din partea terapeutului. Iată care sunt:[199]

1. trainingul abilităților la părinți – comunicare intrafamilială, stabilirea de reguli, asumarea rolurilor părinților în familie, discutarea problemelor adicției, supravegherea copiilor;
2. oferirea de suport – asistenţă socială şi materială;
3. psihoterapie de familie.

Ideea transferului de abilităţi şi atitudini este observată şi în grupurile de suport folosite des în terapiile dependenţelor. În cadrul grupurilor de suport, membrii grupurilor se ajută reciproc şi îşi „însuşesc noi abilităţi pentru a face faţă" (...) „grupul stimulează creşterea gradului de satisfacţie generală, a încrederii în forţele proprii, favorizând implicit stările emoţionale pozitive."[200] Iată deci cum aceste abilitaţi sunt transmise la nivelul grupului şi astfel se realizează acel set important şi sustenabil în prevenirea recăderii. De aceea, asemenea abilităţi şi atitudini par să fie vitale în tratamentul pe termen lung şi în asigurarea reuşitei în problematica dependenţelor.

Într-o altă formă mai apropiată de terapiile cognitive se găseşte abordarea terapeutului care „va prezenta alte strategii care ar putea fi folosite pentru a face faţă unui *craving*. Iată câteva:[201]

---

[199] Ibid., pag. 89

[200] Magdalena Ioan, *„Grupurile de ajutor reciproc, filozofia 12 paşi"*, în Abuzul şi dependenţa de substanţe psihoactive, ed. Dan & Victor Voicu Prelipceanu (Bucureşti Editura InfoMedica, 2004), pag. 169

[201] Eugen Hriscu şi Magdalena Ioan, *„Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanţe. ghid practic pentru profesioniştii din domeniul sănătăţii"* (Bucureşti: Editura InfoMedica, 2004), pag. 45

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- recunoaşteţi că aveţi un *craving*, că simţiţi pofta de a consuma;
- practicaţi o scurtă tehnică de relaxare;
- experimentaţi autodeclaraţiile pozitive;
- distrageţi-vă atenţia;
- vorbiţi cu cineva apropriat despre *craving*;
- completaţi jurnalul poftei."

Mai mult, sugestia autorilor este ca „terapeutul să invite clienţii să alcătuiască o strategie personală de a face faţă *craving-ului*", iar mai apoi „terapeutul va prezenta şi explica modul de efectuare a temelor pentru acasă şi va verifica înţelegerea acestora." Totodată, „terapeutul şi clienţii vor practica împreună un exerciţiu de relaxare."[202] De aici este evident că terapeutul oferă clientului o serie de posibilităţi pentru a-şi dezvolta abilităţi practice a căror apariţie va fi observată de terapeut. Aici considerăm că este cheia întregului proces terapeutic, de aceea este important să înţelegem dacă beneficiarii acestor servicii au înţeles şi preluat astfel de comportamente. Eficienţa terapeutului constă tocmai în transferul cât mai bine realizat al tuturor acestor abilităţi şi cunoştinţe. De aceea, terapeutului i se oferă o serie de sfaturi, de activităţi şi metode pentru a implica clientul în procesul terapeutic. De fapt, cele mai multe dintre capitolele aceste cărţi includ o listă de activităţi şi metode.[203]

Este foarte important să existe astfel de lucrări ce conţin exemple practice şi sugestii cât mai aproape de nevoile clienţilor. De aceea, cercetarea principală a lucrării de faţă va încerca să răspundă unor astfel de probleme.

---

[202] Ibid., pag. 45
[203] Ibid., vezi capitolele 6, 9–15.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2.5.2 *Discuție critică asupra terapiilor*

Pentru a putea discuta terapiile existente este important să specificăm faptul că problematica drogurilor prevede mai multe etape de intervenție. În prima fază activitatea se concentrează pe prevenție ca să nu se ajungă la consum, nici măcar la nivel de experimentare. Mai apoi, în cazul celor care au început consumul şi ajung la situația în care se impune intervenția specializată, este nevoie de cura de dezintoxicare. Această etapă necesită o mare atenție din partea specialiştilor din domeniul medical şi psihiatric. Pericolele fiziologice evidente pot genera mari probleme de natură medicală ulterioare. În această etapă, se tratează dependența fizică şi de obicei are un demers şi o durată previzibilă şi relativ scurtă, de câteva zile până la câteva săptămâni, în funcție de substanțele utilizate. Cea de a treia etapă este postcura sau tratamentul dependenței psihice care presupune un demers mai complex şi cu o durată mai mare.

Atunci când ne referim la tratament spunem că acesta se adresează celor care consumă deja substanțe stupefiante. Tratamentul ar trebui să fie orientat atât pentru problemele care au generat consumul, cât şi pentru cele care sunt generate de consum. Unele etape din tratament sau intervenție ar trebui identificate şi îndeplinite înainte că persoana să ajungă dependentă. În mod special ne referim la acele aspecte medicale ce pot oferi un prim set de elemente necesare intervenției. Dacă ar fi să ne referim la teoriile prezentate până acum, am putea spune că intervenția medicamentoasă este necesară în faza de dezintoxicare, dar mai apoi, există alte mecanisme de prevenire a recăderii. Comportamentul poate modifica gena moştenită, afirmă Răşcanu, prin educație şi psihoterapie. Se ştie că la nivelul desensibilizării receptorilor şi modificării sintezei proteinelor, sistemul de

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

recompense este cel căutat de către utilizatorii de droguri.[204] Încă de la primele utilizări ale drogurilor, recompensa efectului drogului este căutată şi dorită de către utilizator. Neuronii responsabili în acest sens sunt activaţi prin „stimuli care au o semnificaţie emoţională sau motivaţională" care, la rândul lor, produc plăcerea sau inhibă durerea.[205] De aceea, intervenţia în cazul instalării dependenţei este o îmbinare a terapiilor şi tratamentului medicamentos. Iată câteva dintre terapiile psihosociale adecvate tratamentului pentru persoana dependentă de droguri:[206]

- terapia de grup orientată dinamic (Brown, 1995) sau bazată pe deprinderi pentru prevenirea recăderii (folosite de AA, NA etc.);
- terapia cognitiv-comportamentală ce vizează schimbarea *pattern-urilor* de gândire şi comportament;
- terapii cognitive ce sunt centrate pe schimbarea credinţei, a modului de gândire şi aşteptările create în spatele dependenţei;
- terapia de cuplu, familială, a microgrupului ce sunt centrate pe interactiv şi relaţionare pentru modificare;
- tratament centrat pe comportamente, în vederea schimbării stimulilor pentru întărirea răspunsurilor condiţionaţi asociaţi cu uzul de substanţe;
- intervenţie motivaţională prin interviul motivaţional şi a construcţiei decizionale pozitive cu schimbarea comportamentului adictiv;

---

[204] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „virtuţi" şi capcane pentru tineri, 2008* (Abordare Psihologică), pag. 40–41

[205] Ibid., pag. 44–45

[206] Răşcanu şi Zivari, *Psihologie şi psihopatologie în dependenţă de drog*, 2002, pag. 103–108

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- cei 12 paşi unde este dezvoltată ideea comunităţilor de suport prin şedinţe repetate.

Faţă de o bună parte dintre aceste terapii s-a efectuat, în 2010, o meta-cercetare care ne atrage atenţia atât prin tematica bine ţintită asupra metodelor terapeutice ineficiente, cât şi prin numărul mare de specialişti implicaţi în acest studiu.[207] Din lista metodelor folosite în trecut şi care astăzi sunt recunoscute ca ineficiente se pot distinge, la sugestia cercetătorilor, trei categorii de metode însumând diverse abordări din aproape toate domeniile ştiinţifice. În primul rând, putem spune că cele mai discreditate metode folosite în trecut sunt reprezentate de intervenţiile medicale, astăzi considerate ineficiente. Mai apoi putem vedea cum această metacercetare ne aduce în compania unor metode paraştiinţifice, dar totuşi folosite frecvent în trecut. Putem observa multe dintre metodele medicale şi farmaceutice ineficiente, listate de cercetători, cum ar fi stimularea electrică, şocul electric, detoxificare sub anestezice şi altele. Dar ceea ce pare cel mai interesant din acest tabel este reprezentat de modalităţile psihoterapeutice, încă utilizate în zilele noastre, deşi şi-au dovedit din plin ineficienţa. Dintre acestea aş menţiona câteva: terapia vieţii precedente (*past-life therapy*), educaţia pentru rezistenţă la abuzul de droguri (*Drug Abuse Resistance Education programs for prevention of substance abuse*) sau consilierea confruntaţională (*Confrontational counselling*). În schimb, la celălalt pol al listei se află acele metode care se bucură de cea mai mare credibilitate datorită eficienţei lor observate în practică de intervievaţi: Alcoolicii Anonimi (*Alcoholics Anonymous for alcohol dependence*), cei 12 paşi pentru dependenţa de alcool (*Twelve-step facilitation for alcohol dependence*) sau terapiile de grup.[208]

---

[207] J. C. Norcross et al., „What Does Not Work? Expert Consensus on Discredited Treatments în the Addictions", Journal of Addiction Medicine 4, no. 3 (2010).
[208] Ibid.

Chiar dacă mai toţi profesionişti încearcă să focalizeze studiul fenomenului dependenţei de droguri cât mai aproape de experienţa şi expertiza pe care o deţin, este important să existe o colaborare între aceştia, dar cel mai important este să ne autoevaluăm periodic cu scopul de a înţelege permanent care sunt acele intervenţii eficiente şi ce schimbări putem face în asistenţa persoanelor consumatoare de droguri.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 3

Cercetarea sociologica a triadei transferurilor

3.1 Documentare prealabilă şi motivaţie

În primul capitol am observat modul în care este reprezentată cercetarea contemporană în tezele de doctorat. Din trecerea în revistă efectuată asupra acestor teze şi în urma analizării conţinutului tuturor lucrărilor de cercetare realizate de doctoranzii Facultăţii de Sociologie şi Asistenţă Socială a Universităţii din Bucureşti, am reuşit să înţelegem o serie de elemente ce vor sta la baza cercetării noastre primare.

Înainte de toate, trebuie să spunem că lucrările de doctorat studiate abordează aspecte diverse, şi anume: politicile sociale referitoare la droguri; aspectele juridice ale consumului; perspective psihologice, sociologice şi de asistenţă sociale sau chiar dimensiuni religioase. Aceste domenii sunt evident benefice în lupta antidrog, dar, în acelaşi timp, trebuie să menţionăm că pentru cercetarea de faţă este importantă interacţiunea dintre profesioniştii şi beneficiarii serviciilor în domeniul dependenţei de droguri ilicite. De aceea, am decis să aprofundez domeniul interacţiunii dintre profesionişti, consumatori de droguri şi familia acestora, urmărind anumite aspecte importante care vor explica aria de studiu abordată. Aceste aspecte sunt legate de importanţa familiei în problematica dependenţei şi cum este aceasta reflectată în tezele de doctorat studiate; trei elemente importante, necesare pregătirii profesioniştilor care desfăşoară activităţi în domeniul serviciilor antidrog; percepţia consumatorilor şi a profesioniştilor faţă de

TRANSILVANIA UNIVERSITY LIBRARY

interacţiunea unora cu ceilalţi. În final, vom încerca să vedem ce anume spun profesioniştii despre pregătirea lor în acest domeniu. Toate aceste elemente vor fi ulterior studiate în cercetarea principală a acestei lucrări.

Discuţie despre familie

Am observat în tezele de doctorat studiate că familia şi comunitatea sunt prezentate ca având un rol foarte important în problematica dependenţei de droguri. Familia oferă atât mediul de formare a stimei de sine a persoanei, ceea ce ulterior poate contribui la prevenirea consumului de droguri, cât şi mediu protectiv şi de acceptare, în care se poate dezvolta personalitatea individului. De aceea, una dintre cercetările doctoranzilor din cadrul Facultăţii de Sociologie şi Asistenţă Socială evidenţiază faptul că motivul principal pentru care o persoană nu ajunge la consum este tocmai nivelul ridicat al respectului de sine, ce reprezintă 36% din spectrul motivaţional preventiv.[209] O altă lucrare menţionează importanţa rolului familiei şi afirmă că există o atitudine de acceptare la doar 37% dintre familiile toxico-dependenţilor, în timp ce 33% dintre familii oferă sprijin persoanelor consumatoare, iar în cazul a 15% dintre familii s-a observat o atitudine de respingere faţă de membrul familiei care prezintă dependenţa.[210] Lăsând la o parte faptul că definirea termenilor de acceptare, suport şi respingere rămâne în sfera generalizării, nu putem şti dacă familia acceptă persoana sau situaţia în care acesta se află. Astfel că, acceptarea manifestată de

[209] Toma Rus, *„Prevenirea şi combaterea consumului şi traficului ilicit de droguri în România"* (Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, Universitatea din Bucureşti, 2006), pag. 184

[210] Adina Pădurariu, *„Metode şi tehnici de reabilitare şi reinserţie socială a femeilor toxico-dependente"* (Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, Universitatea din Bucureşti, 2010), pag. 239–240

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

familie ar putea fie să demonstreze o atitudine de dragoste, fie să însemne că membrii familiei au renunțat la lupta pentru schimbare. În cazul sprijinului familial avem aceeaşi nedumerire. Ne putem întreba de ce familia oferă sprijin emoțional sau/şi material pentru a-i procura substanțele sau tratamentul consumatorului? Din cercetare nu este foarte clar sensul acestor atitudini care la prima vedere pot părea pozitive, dar, în realitate, ar putea fi dovada unei renunțări la lupta pentru schimbare sau un tratament adecvat.

Tot astfel, este de notat faptul că o altă cercetare aduce în discuție gradul de cunoaştere a efectelor drogurilor în rândul beneficiarilor şi familiilor acestora. Iată ce spune cercetarea: „majoritatea (beneficiarilor serviciilor destinate persoanelor antidrog) nu cunoşteau efectele reale ale consumului drogurilor folosite şi nu erau conştiente de pericolul instalării dependenței."[211] Cu alte cuvinte, persoanele aflate în pericolul consumului şi, mai apoi, al dependenței nu erau suficient de educate în ce priveşte problemele generate de droguri. Este foarte probabil ca nici familiile acestora să nu fie departe de aceeaşi situație, deoarece o altă cercetare ne spune că „45% din beneficiari încă locuiesc cu familia de origine, ceea ce ar trebui să ofere cadrul benefic în prevenire şi renunțare."[212] Datorită acestor aspecte, familia ar trebui să fie ajutată să dețină acele cunoştințe, abilități şi atitudini care să prevină atât consumul, cât şi, eventual, recăderea, dacă se ajunge la această situație.

Este totuşi important de menționat faptul că unii cercetători au găsit ca fiind dificilă interacțiunea cu familiile celor care consumă droguri, excepție făcând acele familii care în mod special au cerut

---

[211] Mihaela Mariana Bituleanu, *„Reintegrarea socio-profesională a persoanelor consumatoare de droguri"* (Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2010), pag. 268

[212] Ibid, pag. 271

CLUJ-NAPOCA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ajutorul profesioniştilor. Din lucrările de doctorat studiate am înțeles că părinții nu pot fi uşor contactați, deoarece aceştia doresc să „țină distanță față de serviciile de tratament accesate de fiicele lor."[213] Astfel că este importantă motivarea acestor părinți care, probabil, sunt deziluzionați de serviciile şi reuşita specialiştilor, dar şi de capacitatea propriilor lor copii de a renunța definitiv la consum. În acest context se impune existența unor forme de educare şi pregătire a familiilor în vederea dobândirii unui set de elemente practice de intervenție în situația de dependență a celor dragi.

Trei aspecte folosite în cercetarea de față

În urma studierii tezelor de doctorat am am reuşit să vedem că pregătirea profesioniştilor din domeniul dependențelor începe să capete contur tot mai evident. Iată ce se afirmă într-una dintre aceste lucrări: „Consilierul are roluri multiple: profesor, ghid, consultant, terapeut, antrenor al adolescentului în călătoria lui spre autocunoaştere."[214] Pe lângă faptul că pregătirea profesionistului necesită o varietate de elemente din diverse domenii este important pentru noi să observăm că aceşti profesionişti oferă informații („consultant"), contribuie la formarea de abilități („antrenor") şi, în acelaşi timp, modelează atitudini („terapeut" şi „profesor"). Acelaşi lucru îl discută şi Kraiger legat de ceea ce angajatorii doresc să vadă în viitorii lor angajați. De fapt, această abordare este denumită „tipologia rezultatelor învățării."[215] Autorul prezintă o serie de

[213] Pădurariu, *„Metode şi tehnici de reabilitare şi reinserție socială a femeilor toxico-dependente"*, pag. 261

[214] Sanda Luminița Mihai, *„Politici de prevenție primară şi secundară privind uzul şi abuzul de heroina la adolescent"* (Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2002), pag. 151

[215] K. Kraiger, J. K. Ford, şi E Salas, „Application of Cognitive, Skill-Based, and Affective Theories of Learning Outcomes to New Methods of Training Evaluation", *Journal of Applied Psychology* 78 (1993).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

elemente pe care trebuie să le deţină un profesionist, împărţite în trei domenii: cunoştinţe (*cognitive/knowledge*) ce includ descrierea verbală, cunoştinţe organizatorice şi cunoştinţe de strategie. Mai apoi, el vorbeşte despre abilităţi (*skills*) pe care profesioniştii trebuie să le deţină ca pe o rutină sau automatisme, iar, în cel de al treilea rând, autorul discută despre nevoia de atitudini faţă de învăţare, performanţe, eficienţă, motivaţionale şi altele. Dacă profesionistul deţine astfel de elemente în pregătirea lui pentru domeniul dependenţei, acestea pot contribui substanţial la ajutarea celor în situaţii de consum şi dependenţe de droguri. Mai mult, considerăm că în cazul în care familia ar dobândi aceste elemente, ar putea fi mai eficientă în sprijinirea celui drag care experimentează dependenţa. În acelaşi timp, este important de observat dacă cel aflat în situaţia de dependenţă ar putea beneficia de acest set de elemente şi, eventual, cum ar contribui la prevenirea recăderii. De aceea, lucrarea de faţă îşi propune să studieze acest aspect cu scopul de a identifica şi înţelege posibilităţile preventive rezultate din pregătirea mai bună a profesioniştilor şi implicarea familiei.

Conţinutul bagajului de cunoştinţe, abilităţi şi atitudini

În dorinţa de a reduce consumul, riscurile acestuia şi recăderea dependenţilor s-au publicat în ţara noastră mai multe ghiduri de specialitate fie de către organismele guvernamentale, fie de către organizaţii neguvernamentale. De exemplu, angajaţi ai Agenţiei Naţionale Antidrog au publicat un ghid în care sunt discutate proiecte ce au ca obiective: **informarea** privind reducerea riscului consumului de droguri; **educaţia** privind reducerea riscului, **distribuirea** de seringi unice etc. Ca tehnici de lucru acest ghid prezintă **dialogul**, **consilierea** sau **formarea** de relaţii cu **reţeaua**

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

informală[216] (accentuarea cuvintelor selectate este intenţionată). În acelaşi timp, putem aduce în discuţie şi seria de ghiduri publicate de organizaţii cum ar fi ARAS,[217] Salvaţi Copiii[218] sau UNICEF.[219] La o analiză succintă a acestor materiale se poate observa că intenţia autorilor lor este de a oferi informaţii (despre efectele nocive ale drogurilor etc.), a dezvolta abilităţi practice (utilizarea seringilor unice sau abilităţi sociale) şi promovarea unor atitudini pro-sociale (acceptarea, încurajarea ş.a.).

Existenţa unor astfel de materiale este extrem de benefică şi considerăm că ele contribuie la atingerea scopurilor propuse. Totuşi, este important de notat faptul că cercetările empirice demonstrează încă mari lipsuri în eficientizarea acestor servicii. Un factor surprinzător evidenţiat de o teză de doctorat studiată este necunoaşterea existenţei acestor servicii sau, altfel spus, lipsa de informare cu privire la serviciile oferite persoanelor care se confruntă cu drogurile. Iată ce spune autorul tezei: consumatoarele s-au declarat foarte mulţumite sau mulţumite în proporţie de 64% faţă de serviciile primite, chiar dacă peste 36% au susţinut că au

---

[216] Daniela Georgescu, Ana Maria Moldovan, şi Gabriel Cicu, *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenţilor şi tinerilor* (Bucureşti: Detectiv, 2007).

[217] Pentru materialele publicate de ARAS, vizitaţi: http://www.arasnet.ro/resurse/publicatii/, pagină accesată aprilie 2014. Aici sunt o serie de ghiduri de bune practici în domeniul dependenţelor, ghiduri educative, ghiduri de prevenire etc.

[218] Coeziunea pentru acţiune comunitară şi abordare integrată a consumului de noi substanţe cu proprietăţi psihoactive proiectul *Ghid practic de prevenire a consumului de droguri şi intervenţie în şcoală* (Iaşi: Spiru Haret/ Primăria Iaşi şi Salvaţi copii, 2010).

[219] Research Operations, *Presa şi consumatorii de droguri. Reprezentarea media a discriminării împotriva consumatorilor de droguri* (UNICEF: Romanian Harm Reduction Research/ ARAS, 2004).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

întâmpinat dificultăți în accesarea acestor servicii.[220] Putem astfel înțelege că este importantă informarea cât mai eficientă asupra serviciilor, atât în rândul consumatorilor cât şi al populației, în general. Mai mult, este nevoie de informații specifice, nu doar legate de efecte şi servicii existente, ci şi despre acțiunile practice pe care le poate face familia, şcoala sau societatea în astfel de situații.

Specialiştii din domeniul dependențelor sunt limitați, dacă cei pe care îi ajută au diverse goluri în abilitățile lor sociale şi interrelaționale. Iată ce relevă o cercetare efectuată de un doctorand: comunicarea consumatoarelor este evaluată de specialist ca fiind relativ bună, în schimb abilitățile psihosociale lasă mult de dorit, din perspectiva specialiştilor.[221] Putem înțelege că profesioniştii care oferă servicii în domeniul dependențelor nu se pot limita la tratarea problemei consumului, ci este nevoie să-şi extindă aria lor de intervenție pentru formarea unor abilități practice atât în privința deprinderilor sociale ale celor asistați, cât şi a deprinderilor noi legate de prevenirea consumului în viitor. Bineînțeles că, odată deschis acest domeniul al deprinderilor practice, acestea ar putea depăşi multe dintre specializările unui profesionist pregătit în domeniile medical, social şi psihologic, ceea ce necesită o interacțiune multidisciplinară în realizarea dezideratului final în ce-l priveşte pe beneficiarul serviciilor.[222]

În cercetările efectuate de doctoranzii SAS se prezintă faptul că profesioniştii au afirmat că beneficiarii declară următoarele nevoi pentru a putea depăşi problema dependențelor. Aceste nevoi sunt materializate în cursuri de formare într-o meserie, finalizate prin

---

[220] Pădurariu, *„Metode şi tehnici de reabilitare şi reinserție socială a femeilor toxicodependente"*, pag. 247
[221] Ibid, pag. 250–251
[222] Ibid. pag. 270

recunoaştere oficială.[223] Este interesant de observat că profesioniştii au rămas la ideea că beneficiarii au această dorinţă. Cu toate acestea, se poate spune că astăzi sunt suficiente posibilităţi de a urma cursuri de specialitate, dar totuşi aceste persoane nu apelează la ele. Probabil că cel mai indicat ar fi să spunem că beneficiarii doresc dezvoltarea unor cursuri care să fie ulterior producătoare de locuri de muncă ce ar putea să le ofere posibilităţi de auto-gospodărire. De aici putem înţelege că nevoia lor constă în dezvoltarea unor abilităţi practice societal şi de producţie care să-i ajute la reinserţia socială. De aceea, nevoia este mai mare decât calificarea într-o anumită profesie, iar această nevoie poate fi acoperită prin dezvoltarea unor abilităţi practice de comunicare, perseverenţă şi asumarea responsabilităţilor faţă de propriile nevoi. Toate aceste elemente nu se pot achiziţiona exclusiv prin cursuri de perfecţionare sau reconversie profesională, ci necesită intervenţia unor profesionişti care să-i asiste într-un program coerent şi structurat în acest sens.

De multe ori asistăm la reacţii ale societăţii faţă de consumatorii de droguri şi identificăm dificultăţi pentru a manifesta reacţii potrivite. Marginalizarea şi stigmatizarea persoanelor dependente, în special a femeilor consumatoare, au fost demonstrate prin cercetări empirice.[224] Profesioniştii sunt cei ce dezvoltă abilităţi specifice şi necesare ajutorării persoanelor aflate în situaţii de consum, prin formarea de atitudini corecte care să reflecte atât profesionalism, cât şi ajutor pentru schimbarea acestei percepţii societale de victimizare. Tocmai în acest sens s-a realizat şi un document care şi-a propus discutarea relaţiei reprezentării consumului de droguri în mass-media din România. Este important

[223] Bituleanu, *„Reintegrarea socio-profesională a persoanelor consumatoare de droguri"*, pag. 284

[224] Pădurariu, *„Metode şi tehnici de reabilitare şi reinserţie socială a femeilor toxico-dependente"*, pag. 255–260; 262

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de remarcat că perspectiva oferită de mass-media față de persoanele consumatoare are valențe puternic stereotipe. Acestea sunt concentrate pe blamarea celui în cauză, atitudine cuplată cu ideea lipsei de soluții a specialiștilor.[225] Astfel de atitudini sunt formatoare de opinie în societate și de aceea putem concluziona că, în general, românii prezintă astfel de reacții. De aceea, profesioniștii sunt cei chemați să contribuie în acest sens, atât pentru consumator, cât și pentru familia sau rețeaua informală de suport și, de ce nu, pentru întreaga societate.

De ce anume cred profesioniștii că au nevoie în pregătirea lor?

Într-un cadru restrâns, întruniți într-un focus grup, ca parte a unei cercetări, specialiștii din domeniul dependenței au identificat mai multe dimensiuni ce sunt priorități în asistența integrală a consumatorilor. Printre altele ei au menționat următoarele două: „Perfecționarea personalului existent" și „Îmbunătățirea colaborării la nivelul instituțiilor de profil."[226] Se poate deci observa că perfecționarea continuă a specialiștilor este un element identificat chiar de aceștia. Pentru a identifica domeniile de perfecționare suntem ajutați de un alt studiu. Autorul acestei cercetări explică faptul că este nevoie de: cunoașterea tuturor serviciilor din domeniu; definirea instrumentelor specifice în asistența socială, îmbinate cu teoriile asistenței sociale legate de dependențe, dar și promovarea unei abordări coerente în cadrul echipei pluridisciplinare.[227] Propunerile cercetătorului demonstrează că ne aflăm la începuturile

---

[225] Operations, *Presa și consumatorii de droguri. reprezentarea media a discriminării împotriva consumatorilor de droguri*, pag. 3–4

[226] Bituleanu, *„Reintegrarea socio-profesională a persoanelor consumatoare de droguri"*, pag. 284

[227] Pădurariu, *„Metode și tehnici de reabilitare și reinserție socială a femeilor toxico-dependente"*, pag. 264

KOC UNIVERSITY LIBRARY

unui demers academic dintr-un domeniu specific, dependenţa. Încă suntem la început în încercarea de a îmbina teoriile asistenţei sociale cu intervenţia în dependenţă. Mai mult, încă nu deţinem suficiente instrumente sociale de intervenţie coerentă şi nu există o cooperare eficientă între specialişti. De aceea, transpunerea teoriei în practică este limitată. Mai mult, aşa cum am descris mai sus, încă ne confruntăm cu reacţii negative şi distructive promovate de mass-media. Specialiştii ar putea prezenta realităţile mai puţin plăcute ale societăţii noastre fără să fie însă ataşate atitudini distructive în plan emoţional, manifestate faţă de persoanele implicate în situaţia dependenţei de droguri.

Având în vedere toate cele patru argumente prezentate mai sus, ne propunem ca în cercetarea principală a acestei lucrări să investigăm şi să analizăm domeniul dependenţei de droguri luând în considerare cele trei elemente necesare pregătii specialiştilor. Aceste trei elemente sunt: cunoştinţe, abilităţi practice şi atitudini. În acest scop vom discuta cu trei categorii de persoane: specialişti ce activează actualmente în acest domeniu, persoanele consumatoare de droguri şi membri ai reţelei informale de suport, în special familia. Astfel că, vom încerca să răspundem la câteva întrebări care mai apoi vor fi formulate academic în cercetarea propriu-zisă. Am dori să înţelegem care este situaţia actuală în ce priveşte informaţiile, abilităţi şi atitudinile pe care specialiştii le oferă persoanelor consumatoare de droguri şi familiilor acestora. Mai mult, vom încerca să analizăm modul în care se efectuează transferul acestor elemente de la specialist la persoana dependentă şi familia acestuia. În acelaşi timp, vom dori să înţelegem cum pot părinţii să conlucreze cu specialiştii sau care sunt acele elemente pe care consumatorii le aşteptă de la specialist în materie de informaţii, atitudini şi abilităţi. Ceea ce urmărim în final este înţelegerea rolului şi locului pe care asistentul social îl are în cadrul intervenţiei în dependenţă şi mai

apoi explicarea modului în care acesta ar putea funcționa într-o echipă pluridisciplinară. Sperăm să ajungem să răspunsul pentru toate aceste întrebări şi altele ce vor fi generate de interviurile participanților, coroborate cu partea teoretică din primele capitole.

În prezenta lucrare vom reflecta asupra unor probleme sociologice în încercarea de a identifica unele repere fundamentale reflectate în domeniul general aflat în atenția cercetătorului. De aceea, considerăm că următorul obiectiv relevant al cercetării este:

„Identificarea aspectelor psihosociale realizate prin transferul cunoştințelor, abilităților şi atitudinilor de la profesionişti către persoana dependentă şi rețeaua informală de suport a acestuia pentru prevenirea recăderii în consumul de droguri."

Mai mult, ne propunem să realizăm:

1. Identificarea setului de cunoştințe, abilități şi atitudini ce sunt transferate de la profesionistul din domeniul social către persoana dependentă şi rețeaua acestuia de suport
2. Explicarea cadrului în care se realizează schimbul de informații, abilități şi atitudini dintre profesionist spre beneficiari şi familiile acestora
3. Înțelegerea mecanismului preventiv de recădere, realizat de rețeaua de suport, prin echiparea beneficiarului cu cunoştințe, abilități practice şi atitudini

Cu scopul de a atinge obiectivele propuse considerăm că următoarele ipoteze trebuie verificate:

a. Cu cât beneficiarul serviciilor de tratament al dependențelor este mai informat şi capabil să pună în practică abilități specifice dezvoltând atitudini corecte, cu atât se reduce pericolul recăderii
b. Cu cât profesioniştii şi familia consumatorului sunt mai prezenți în viața consumatorului, cu atât prevenirea recăderii este mai bună

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cercetarea de față are în vedere trei categorii de persoane: a) profesioniști ce oferă servicii în domeniul dependenței; b) beneficiari ai serviciilor destinate persoanelor dependente şi c) rețeaua de suport informală a beneficiarilor serviciilor antidrog.

În primul rând, această cercetare va lua în discuție categoria de **profesionişti** din domeniul social ce oferă servicii persoanelor dependente. Aceşti profesionişti reprezintă o paletă largă de specializări cum ar fi: asistent social, consilier, psiholog, consilieri spirituali (preoți, pastori etc.), sociologi sau alte categorii din domeniul social. Mai jos redăm o listă cu criterii de selecție pentru profesionişti:

- să fi activat cel puțin 2 ani în domeniul consumului de droguri;
- să fie implicat direct în munca cu dependentul, ocupând un post de specialitate în domeniul social (asistent social, sociolog, psiholog, lucrător social, preot/pastor sau consilier);
- să aibă experiență în lucrul direct cu consumatorul, dar şi în ajutorarea familiilor acestora;
- în cazul în care actualul profesionist este fost dependent, atunci interviul va fi orientat exclusiv pe calitatea să de profesionist şi nu pe experiența lui de dependent.

În al doilea rând, cercetarea va analiza răspunsurile **persoanelor dependente**. Acestea vor fi întrebate despre experiențele lor în privința personalului care le-a oferit ajutor, indiferent dacă acesta provenea de la o instituție de stat, privată, instituție religioasă sau de educație. Beneficiarii serviciilor de asistență în privința dependențelor vor fi selectați după următoarele criterii:

- vârsta minimă de 18 ani;
- folosirea de droguri în România;

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- utilizarea de droguri pe o perioadă mai mare de 1 an, indiferent dacă acestea au produs dependență fizică sau nu;
- la momentul interviului să nu fie sub influența drogurilor (indiferent în ce moment al tratamentului se află);

În al treilea rând, prezenta cercetare are în vedere persoanele aflate în rețeaua **informală de suport** a beneficiarilor de servicii antidrog. Așa cum deja am văzut în capitolele precedente, familia are un important rol în situația în care un membru al ei ajunge în situația de consum al drogurilor ilegale. Mai mult, prietenii sau alte persoane reprezentative din proximitatea beneficiarului vor putea fi incluse în această cercetare. De aceea, am încercat să surprindem experiența acestora în interacțiunea cu specialiștii din domeniul dependențelor, indiferent de instituția pe care o reprezentau (spital, ONG, instituție juridică etc.).

Pentru realizarea acestei cercetări ne propunem să includem zece persoane din fiecare categorie, în funcție de disponibilitatea acestora de a participa. De aceea, având în vedere că universul cercetării este restrâns la cei care doresc să facă parte din cercetare, va fi o eșantionare neprobabilistă,[228] fără pretenția de a extinde rezultatele ei pentru întreaga populație care intră în această categorie, fie profesioniști sau beneficiari.

În mod concret, am realizat o listă cu instituțiile ce oferă servicii în domeniul dependenței de droguri pornind de la liste deja existente.[229] Mai apoi, am cerut acestor organisme informații despre serviciile oferite și criteriile de selecție a beneficiarilor, fiind parte din prezenta cercetare. De asemenea, am cerut accesul, în vederea interviului, pentru toate cele trei categorii de persoane vizate de

---

[228] Ioan Mărginean, *Proiectarea cercetării sociologice* (Iași: Polirom, 2000), 152

[229] Denis Richard și Senon Jean-Louis, *Dicționar de droguri, toxicomanii și dependențe*, ed. Pavel Abraham (București: Editura Științelor Medicale, 2005), pag. 103–105

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

prezenta lucrare. Astfel că, în funcție de disponibilitatea fiecărei organizații şi accesul obținut, am reuşit să realizez interviuri în 7 instituții, atât private cât şi de stat.

3.2 Metodologia

Prezenta cercetare are ca metodologie **cercetarea empirică** ce se adresează în mod nemijlocit persoanelor implicate în procesul de prevenire, tratament şi menținere a abstinenței de la consumul de droguri. Am luat decizia de a folosi metodologia cercetării calitative care ne ajute să înțelegem ce anume şi de ce se întâmplă un anumit lucru.[230] Prin prezenta cercetare se are în vedere îmbogățirea domeniului de cunoaştere, prin orientarea profesioniştilor ce oferă servicii de specializare în domeniul dependenței. Mai mult, această metodologie va oferi baza formulării de ipoteze ce ulterior, analizate fiind, ne vor duce la concluzii relevante în domeniul dependenței.[231] De asemenea, alte cercetări vor putea fi generate ca urmare a prezentei lucrări.[232]

În vederea realizării prezentei cercetării s-a utilizat ancheta sociologică ce foloseşte ca instrument o modalitate de culegere de informații pe calea dialogului. De aceea, s-a folosit ca instrument de cercetare interviul semi-standardizat sau semi-structurat ce a fost „aplicat la persoanele care au cunoştințe mari despre subiectul aflat în studiu."[233] Mai mult, am folosit interviul, deoarece ne dorim să culegem informațiile greu de observat şi care nu se află în mod obişnuit în documente deja existente. În acelaşi timp, aceste

---

[230] Nick Moore, *How to Do Research* (London: Library Association Publishing, 2000), pag. 121

[231] Chelcea, *Metodologia cercetării sociologice. metode cantitative şi calitative*, pag. 298

[232] Mărginean, *Proiectarea cercetării sociologice*, pag. 55

[233] Uwe Flick, *An Introduction to Qualitative Research*, 2nd ed. (London ; Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 2002), pag. 80

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

informații exprimă atitudini şi credințe ce nu pot fi observate într-un alt mod.[234] Astfel că, interviul semi-structurat va conține un ghid de interviu cu întrebări exploratorii,[235] ce vor fi adresate într-un dialog direct persoanelor intervievate.

Cercetarea a avut loc în decursul lunii septembrie şi la începutul lunii octombrie 2012, într-un itinerar ce a cuprins cinci localități: Bucureşti, Târgu Mureş, Cluj-Napoca, Sibiu şi Câmpina.

Pilotarea a avut loc înainte de startul interviului şi a condus la reformularea întrebărilor pentru a putea fi mai clare şi pentru a se elimina capcanele dublei întrebări. Mai mult, s-a modificat şi ordinea întrebărilor, structurând interviul într-o manieră logică şi cursivă.

Lucrarea de față are în atenție în mod special problematica drogurilor abordată din perspectivă socială, cu specificitatea domeniului asistenței sociale şi a sociologiei. De aceea, urmărirea diferitelor terapii sau a proceselor terapeutice este plasată în plan secund. Nu ne propunem să observam în mod exclusiv momentul terapeutic al transferului de cunoştințe, abilități şi atitudini din cadrul şedințelor de psihoterapie ce au la baza profesia de psiholog. Acest lucru ar putea reprezenta o altă cercetare care să surprindă modul în care profesioniştii psihologi interacționează cu beneficiarii şi, eventual, cum contribuie această interacțiune la abilitarea beneficiarilor. Obiectul prezentei lucrări este să înțeleagă setul de cunoştințe, abilități şi atitudini dezvoltate de beneficiari ca urmare a oricărei interacțiuni cu specialiştii cărora le cer ajutor şi cum contribuie acestea la prevenirea recăderii.

Pentru lucrarea de față pornim de la premisa că profesioniştii dețin acele informații, abilități şi atitudini corecte pentru a putea ajuta persoanele dependente. Suntem conştienți că acestea se pot

---

[234] Chelcea, *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative şi calitative*, pag. 298

[235] Ibid, pag. 304–306

ICUS SIBIU UNIVERSITY LIBRARY

dezvolta în mod special în cadrul pregătirii formale, dar, în acelaşi timp, există o serie de persoane care oferă servicii consumatorilor de droguri şi care nu au trecut printr-un proces de educaţie formală. De aceea, cercetarea va include şi astfel de persoane, iar informaţiile obţinute pot ajuta ulterior la pregătirea acestora, în măsura în care se vor organiza astfel de cursuri de specialitate la care să aibă acces sau să dorească să participe.

Un alt aspect important de menţionat este faptul că lucrarea de faţă este o cercetare calitativă şi de aceea nu cuprinde un număr extins de participanţi prin care să pretindă o înţelegere naţională a fenomenului transferului de informaţi, abilităţi şi atitudini. În mod specific, această cercetare se limitează la numărul de intervievaţi, dar cu siguranţă că aplicabilitatea rezultatelor identificate şi a propunerilor formulate va putea fi extinsă în mod general la profesioniştii care oferă servicii în domeniul dependenţei de droguri din România. Acest lucru este susţinut şi de faptul că cercetarea a cuprins mai mule zone ale ţării, o serie de instituţii şi o largă abordare terapeutică a celor intervievaţi.

Pe parcursul procesului de culegere de date am efectuat o serie de observaţii legate atât de informaţiile culese, cât şi despre participanţii la cercetare. Considerăm ca fiind importante pentru lucrarea de faţă prezentarea acestor observaţii cu scopul de a reda cât mai exact posibil întreg tabloul cercetării.

În primul rând, putem spune că majoritatea profesioniştilor lucrează de mai mult de 10 ani în domeniul dependenţelor, în condiţiile în care acest segment de activitate este relativ nou în ţara noastră. Deşi nu ne-am propus să căutăm profesionişti cu o astfel de experienţă, considerăm ca este un lucru benefic pentru cercetarea de faţă importanta experienţă acumulată de specialiştii intervievaţi. Mai mult, este semnificativ să menţionăm că aceşti specialişti activează în diverse domenii cum ar fi: asistenţă socială, psihologie/ consiliere, consiliere de probaţiune şi consiliere spirituală. Această varietate de

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

domenii ne ajută să surprindem mai multe aspecte care, ulterior, sperăm să fie necesare viitorilor profesioniști în asistența socială cărora le este adresată în mod special lucrarea de față.

Metodele terapeutice abordate de profesioniști sunt diverse. Chiar dacă nu s-a intenționat investigarea acestor elemente, ele au reieșit într-o anumită măsură la suprafață, însă rezultatele cercetării nu au fost afectate, deoarece intenția era să surprindem transferul de informații dintre profesioniști spre beneficiari și familiile acestora, și nu procesul terapeutic. De aceea, discuțiile despre diversele terapii și efectele lor asupra beneficiarilor au valoare doar în sensul procesului de transfer al informației, și nu în relație cu metodologia psihoterapeutică. Pe de altă parte, aceste metode sunt foarte importante de studiat și considerăm că există o valoare mare în înțelegerea lor, mai ales în contextul situației contemporane din România. De aceea, sperăm că alți cercetători, probabil din cadrul facultăților de psihologie, să preia această inițiativă pentru viitorul apropiat.

Profesioniștii intervievați sunt din diverse specializări, cum ar fi: domeniul juridic, psihologie și asistență socială. Au existat și lucrători sociali fără o pregătire universitară în domeniu, în această categorie intrând în mod special cei care inițial au fost consumatori, iar în prezent sunt lucrători în domeniu. În toate aceste domenii, specialiștii au scop comun față de beneficiari, de aceea este important ca asistenții sociali să descifreze și aportul celorlalte domenii, pentru o mai bună colaborare.

Chiar de la primele interviuri s-a putut observa că informația se repetă într-o proporție mare. Astfel că, după mai puțin de 5 interviuri, datele culese deja erau menționate de categoriile de intervievați într-un procentaj de peste 90%. De aceea, numărul de intervievați s-a dovedit suficient atât pentru categoria de specialiști, beneficiari, cât și pentru familiile foștilor consumatori.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În ce priveşte accesul la categoriile de persoane intervievate, se poate spune că acesta s-a realizat relativ uşor, mai ales în rândul profesioniştilor care au manifestat o deschidere evidentă faţă de ideea cercetării. Acest lucru demonstrează o notă de profesionalism, dovadă fiind şi solicitarea din partea lor de a exista cât mai multe studii în acest domeniu. În ce priveşte categoria beneficiarilor, în cele mai multe cazuri au acceptat să participe în cercetare, determinaţi fie de specialiştii care i-au referat către cercetător, fie au dorit să contribuie la dezvoltarea acestui domeniu, conştientizând importanţa înţelegerii cât mai corecte a modului în care viitori specialişti pot ajuta. De asemenea, s-a observat că mulţi dintre foşti consumatori sunt implicaţi în prezent în diverse programe, fie în calitate de angajaţi, fie ca voluntari, cu scopul de a-şi aduce contribuţia la îmbunătăţirea acestui domeniu.

Chiar dacă iniţial nu s-a căutat în mod special să se ofere un echilibru între numărul de bărbaţi şi cel de femei care au participat la studiu, s-a observat că acest lucru a fost realizat într-o anumită măsură, atât în ce-i priveşte pe intervievaţii profesionişti, cât şi dintre persoanele foste dependente. Astfel că, în cazul profesioniştilor au participat nouă specialişti, dintre care patru bărbaţi şi cinci femei. În cazul foştilor consumatori avem nouă participanţi, dintre care cinci bărbaţi şi patru femei. În ce priveşte situaţia participanţilor din partea familiilor consumatorilor nu am reuşit să comunicăm decât cu femei, care sunt fie mame, fie soţii, lovindu-ne de refuzul mai multor bărbaţi de a răspunde la întrebări în ce priveşte situaţia copiilor lor.

Educaţia beneficiarilor intervievaţi variază suficient de mult pentru a avea întreg spectrul, de la persoane fără pregătirea minimă prevăzută de lege (sub nivelul liceului) până la persoane care sunt în curs de absolvire a unor studii postuniversitare. Motivul pentru care unii nu au reuşit să achiziţioneze minimul de educaţie este că au

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

început consumul de la vârste foarte fragede şi astfel astăzi sunt orientaţi spre meserii ce necesită efort fizic şi nu intelectual, cum ar fi domeniul construcţiilor.

Varietatea locaţiilor şi a instituţiilor participante la cercetare este, de asemenea, relevantă. În vederea realizării acestei lucrări s-a efectuat un turneu de interviuri în cinci oraşe din România: Târgu Mureş, Cluj-Napoca, Sibiu, Câmpina şi Bucureşti. Au fost incluse atât instituţii de stat din domeniu, cât şi organizaţii aparţinând iniţiativei societăţii civile. Obiectivul selectării acestor instituţii este de a acoperi pe o scară cât mai largă geografic această cercetare, dar şi de a avea varietate în rândul specialiştilor şi instituţiilor care oferă servicii în domeniu.

Date sunt prezentate fie prin citare exactă a intervievaţilor, fie prin rezumare a răspunsurilor.[236] În prima parte sunt prezentate interviurile realizate pentru profesioniştii care oferă servicii în domeniul dependenţelor; în partea a doua sunt sumarizate datele culese de la persoanele beneficiare ale acestor servicii, iar apoi sunt oferite informaţii despre răspunsurile familiilor beneficiarilor.

Organizarea acestor date s-a realizat în funcţie de numărul incidentelor identificate în răspunsurile intervievaţilor care ulterior sunt prezentate şi în mod grafic pentru o mai bună vizualizare. Mai mult, gruparea informaţiilor pe categorii de răspuns va sta la baza atribuirii codurilor ce vor fi folosite în analiza datelor.

Prezentarea datelor va fi efectuată pe grupaje de informaţii redate în ordinea întrebărilor puse pe baza ghidului de interviu pentru fiecare categorie de intervievaţi. Astfel se vor putea urmări mai uşor grupaje de informaţii şi elemente comune în răspunsuri.

---

[236] Chelcea, *Metodologia cercetării sociologice. metode cantitative şi calitative*, pag. 607

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Interviurile aplicate profesioniştilor

1. a). Ce cunoştinţe oferiţi persoanelor dependente cu care lucraţi?

În primul rând, profesioniştii oferă informaţii despre efectele substanţelor nocive asupra persoanei, atât din punct de vedere fizic, comportamental şi psihic. Unele instituţii au dezvoltat un pachet complet al serviciilor, cu tot ce presupune consumul de substanţe şi efectele acestora asupra consumatorului. Totodată, beneficiarilor li se oferă informaţii specifice legate de comportamentul distructiv în situaţiile de mânie, amărăciune sau în momentul tentaţiei spre consum. În schimb, acest aspect la efectelor drogurilor nu este foarte aprofundat de unii specialişti, deoarece ei recunosc că beneficiarii sunt mult mai bine informaţi şi au avantajul experienţei personale în acest sens. De aceea, nu vor insista asupra efectelor şi tipurile de droguri. Totuşi, există situaţia dependenţei multiple care presupune un spectru mai larg ce include atât substanţe halucinogene, cât şi practicarea jocurilor de noroc sau pornografia. Mai mult, o informaţie considerată importantă de specialişti este reprezentată de efectele de interacţiune între tratamentul alternativ şi comportamentul generat de acesta. Cu alte cuvine, li se explică beneficiarilor ce efecte are, de exemplu, metadona asupra comportamentului persoanei dependente în societate, la locul de muncă, în familie etc.

Cunoaşterea de sine şi înţelegerea unor valori şi principii necesare în societate este un alt set de informaţii pe care profesioniştii îl oferă beneficiarilor. Acestora le sunt explicate informaţii legate de psihologia umană şi tipologii ale caracterului unei persoane. „Îi ajutăm să conştientizeze teoretic faptul că ei sunt dependenţi", deoarece de multe ori aceştia refuză sau nu sunt capabili să recunoască instalarea dependenţei în viaţa lor.

Beneficiarilor le sunt oferite informaţii despre programul disponibil în cadrul instituţiilor, dar şi regulile ce se aplică în

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

programele sau comunitățile terapeutice în care sunt invitați. Mai mult, unii specialiști le oferă informații despre consilierea psihologică și metodele terapeutice aflate la dispoziția beneficiarilor.

În momentul în care o persoană decide să intre într-un program de comunitate terapeutică acesteia i se spune că temporar își pierde libertatea de mișcare în afara comunității terapeutice, pentru ca pe parcurs să și-o recâștige în măsura evoluției parcurse. În cadrul acestor programe este necesară asumarea unor responsabilități în vederea structurării normale a vieții. De asemenea, dependenților li se oferă informații despre importanța muncii și necesitatea de asumare de responsabilități în acest sens, iar în unele cazuri, beneficiarilor li se acordă consiliere vocațională.

Unii specialiști au spus că informează beneficiarii cu privire la motivația reală pe care aceștia o au față de beneficiari și care este bazată pe o dragoste adevărată în vederea acordării unui sprijin benefic. „Le oferim multe informații și exemple despre reușita altora" cu scopul de a-i motiva teoretic în vederea unei dorințe reale spre abstinență și pentru „a nu renunța, chiar dacă viața este grea și oferă multe provocări." Tot aici putem spune că profesioniștii oferă informații legate de religie și credința în Dumnezeu, beneficiarilor spunându-li-se că reușita are loc în timp și cu ajutor exterior, atât de la oameni, cât și de la Dumnezeu. „Având în vedere că noi oamenii suntem limitați în sprijinul pe care-l oferim", de aceea „le acordăm timp" și îi încurajăm.

Informațiile necesare evaluării pericolului recăderii sunt, de asemenea, în atenția profesioniștilor pentru a le acorda beneficiarilor cunoștințele necesare prevenirii acesteia. Mai mult, li se oferă și informații despre perspectivele lor greșite cu privire la viața și consum, deoarece au nevoie să le înțeleagă înainte de a începe să le corecteze.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Specialiştii doresc să îi informeze pe beneficiarii despre situaţia co-dependenţei familiei consumatorului, pentru a-i ajuta pe aceştia să înţeleagă, la nivel teoretic, prin ce trece familia lor datorită consumului de droguri.

În ultimul rând, putem să amintim faptul că profesioniştii oferă informaţii legate de echipa multidisciplinară şi rolul fiecărei persoane în acordarea de asistenţă faţă de nevoile specifice ale beneficiarului. În mod concret, aceştia doresc să ajute beneficiarii să nu rămână doar la stadiul de pacienţi care folosesc doar tratamentul medicamentos, ci să poată beneficia de toate serviciile instituţiei, atât de consiliere psihologică, cât de asistenţă socială, extrem de importante pentru reinserţia lor socială şi încadrarea într-un loc de muncă.

1.b). Ce aţi dori să-i învăţaţi practic pe consumatori să poată face legat de dependenţa lor?

Primul element practic pe care profesioniştii doresc să-i înveţe pe beneficiari este „să fie capabili să facă faţă vieţii fără droguri" sau altfel spus: „cum să nu se mai sprijine pe droguri" atunci când nu întrevăd nicio scăpare. Mai mult, specialiştii susţin că doresc să îi înveţe să îşi facă un plan legat de posibilele situaţii de recădere, pentru a o preveni prin identificarea alternativelor la situaţiile de risc. Aceste alternative trebuie să fie pozitive şi realiste pentru a da roade. Sunt ajutaţi să devină capabili să „citească" mediul şi evenimentele din jur şi să observe când sunt vulnerabili sau expuşi riscului. De aceea, beneficiarii sunt încurajaţi să-şi formeze, într-o manieră potrivită şi benefică, relaţii ce pot să-i ajute la menţinerea unei stări de abstinenţă pe termen lung.

Un alt set de abilităţi practice este comunicarea şi dezvoltarea de relaţii cu ceilalţi din comunitate, propria familie şi personalul instituţiei. De aceea, ei accentuează dezvoltarea ascultării şi atenţiei faţă de nevoile celorlalţi. Beneficiarii sunt încurajaţi să

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

comunice atât bucuriile, cât şi elementele stresante sau frustrările. Unii profesioniştii au spus ca îşi propun să dezvolte oameni puternici emoțional, credincioşi şi muncitori. Mai mult, ei sunt ajutați să facă față stresului printr-un proces practic de cunoaştere a limitelor şi calităților pe care le au. În acest scop ei sunt ajutați să dezvolte capacități de abordare corectă a durerii fizice, singurătății sau frustrării.

Celor care intră într-un program de comunitate terapeutică li se oferă un program structurat al zilei pentru a se obişnui cu ciclul normal de viață: zi şi noapte. În acelaşi timp, li se oferă modele practice de autodisciplină (cum ar fi punctualitatea) în privința programului zilnic şi a implicării în viața comunității. Astfel că, profesioniştii intervievați doresc să îi ajute pe beneficiari să înțeleagă responsabilitatea şi sarcinile ce revin fiecărei persoane din comunitate.

Beneficiarii sunt asistați să-şi formeze abilități de a face planuri şi de a le realiza, iar în mod concret sunt ajutați să-şi completeze un CV sau sunt îndrumați despre modul în care trebuie să se prezinte la un interviu. Mai mult, profesioniştii spun că este important ca beneficiarii „să se țină ocupați tot timpul" pentru a putea preveni posibilele recăderi. În aceeaşi categorie intră şi sprijinul față de „echilibrarea abilităților personale cu aşteptările față de opțiunile reale ale locurilor de muncă disponibile."

Specialiştii au observat că unii beneficiari au nevoie de recuperarea unor intervale mai lungi în privința abilităților practice de viață, muncă şi implicare socială, de aceea ei doresc să îi ajute la dezvoltarea unor abilități practice în activitățile zilnice şi gospodăreşti de genul: gătit, spălat, croşetat, cusut, lucru cu animalele şi în grădină. Tot aici am putea menționa situația igienei personale care în unele cazuri lasă mult de dorit. Totodată, s-a văzut nevoia de ajutor în administrarea banilor şi a timpului, mai ales a timpului liber care este generator de tentații.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

O altă latură pe care profesioniştii doresc să o dezvolte este cea a abilităţilor creative prin care beneficiarii îşi pot exprima talentele pe care aceştia le au, cum ar fi cântatul la chitară sau pictura. Această latură a persoanei atinge şi dimensiunea abilităţilor de potenţiali lideri însoţită de capacitatea de a delega responsabilităţi altor persoane.

1.c). Ce atitudini aţi dori să vedeţi că dezvoltă beneficiarul serviciilor dumneavoastră?

Cei mai mulţi intervievaţi au spus ca atitudinea cea mai importantă este cea de respect faţă de sine, faţă de familie, faţă de personalul angajat şi faţă de ceilalţi din comunitate şi din societate. Aceasta este însoţită de acceptare de sine, dragoste de alţii, altruism, optimism, înţelegere şi îngăduinţa faţă de greşelile celor din jur, ceea ce va conduce la dezvoltarea pozitivă a stimei de sine şi demnitate.

Asumarea responsabilităţii pentru propriile acţiuni este un alt element des menţionat. De aceea, profesioniştii doresc să încurajeze atitudini pozitive faţă de muncă, familie, societate şi viaţă printr-o contribuţie reală în societate.

Specialiştii vor să vadă că beneficiarii ajung să demonstreze stabilitate emoţională, îşi temperează atitudinile de rebeliune, prezintă o atitudine de non-victimă, are empatie, adoptă atitudini pro-sociale şi înţelege că este nevoie de sacrificiu şi timp pentru a obţine rezultate.

Unul dintre respondenţi afirmă că obiectivul pe care îl are cu beneficiarii este ca aceştia „să devină proprii lor terapeuţi" sau, cu alte cuvinte, să se poată sprijini pe ei înşişi, nu pe alte persoane.

2.a). Ce informaţii oferiţi familiei persoanelor dependente cu care lucraţi?

În interacţiunea cu familiile beneficiarilor, unii dintre profesionişti le prezintă acestora pachete informaţionale despre serviciile oferite. În aceeaşi ordine de idei, li se explică familiilor

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

efectele drogurilor şi abordarea față de adicție, şi anume că aceasta este o boală biopsihosocială. Explicațiile oferite acestora sunt mult mai complexe, deoarece „ei nu au experiența copilului lor". Mai mult, profesioniştii le oferă informații despre dependență şi dinamica procesului începând cu tratamentul şi continuând apoi cu perioada de abstinență. De aceea, familia este încurajată să analizeze problema, nu persoana. Acestora li se mai spune că nu doar beneficiarul are nevoie de ajutor, ci şi ei ca familie au nevoie de sprijin, deoarece prezintă fenomenul de „co-dependență".

Profesioniştii au afirmat că în multe situații au informat familia despre evoluția copilului lor, care de acum nu mai era la vârsta copilăriei sau adolescenței, ci devenise adult şi trebuie să fie tratat ca atare.

Familiile au fost învățate că trebuie să înțeleagă corect evenimente din jurul consumatorului pentru a putea astfel preveni o posibilă recădere.

Specialiştii spun despre familii că „le ajutăm să înțeleagă ca nu sunt singure în această situație, le recunoaştem durerea şi le spunem că sunt speranțe pentru problema prin care trec". Astfel că, acestea sunt invitate să cunoască implicațiile şi rolul familiei în perioada tratamentului şi mai apoi în postcură. În acelaşi timp, este necesar să fie clarificate şi înțelese relațiile pe care familia le are cu consumatorul şi care sunt implicațiile acestora, cu scopul de a identifica problema şi, ulterior, intervenția.

2. b). Ce învățați practic familia beneficiarului să facă pentru dependent?

Profesioniştii recunosc ca nu reuşesc să ajute prea mult familia în acest domeniu, deoarece timpul petrecut cu membrii acesteia este foarte limitat. Totuşi, îi ajută să îşi asume responsabilitățile față de membrul familiei care se află în perioada de tratament şi îi încurajează să se ocupe de el şi după perioada de tratament. Mai mult, profesioniştii (în măsura timpului disponibil) îi

ajută să îşi rezolve probleme de cuplu şi familie sau conflictele generate de beneficiar şi să ia decizii împreună. Am putea menţiona şi faptul ca profesioniştii facilitează şi administrează procesul de formare a unor abilităţi de comunicare între familie şi beneficiar, cu obiectivul de a se crea relaţii potrivite înainte de reintegrarea acestuia în propria familie.

Familiile sunt încurajate să-şi dezvolte obiceiul de a responsabiliza beneficiarul în asumarea sarcinilor ce-i revin şi, în acelaşi timp, să-i acorde timpul şi spaţiul necesar în acest scop. Totuşi, în condiţiile în care beneficiarii au nevoie de sprijin, familiile sunt ajutate să-şi facă un obicei în a însoţi beneficiarul la instituţiile ce-i pot oferi asistenţă.

În mod foarte practic, familia este ajutată să dezvolte abilităţi de supraveghere benefică prin a învăţa să observe, de exemplu, la ce oră vin acasă copiii, dacă adorm îmbrăcaţi şi dacă sunt prezenţi la activităţile din timpul zilei ale familiei. În acelaşi timp, membrii familiei sunt ajutaţi să stabilească limite adecvate faţă de beneficiar, pe care să le menţină. În acest scop, unele instituţii au format ateliere de abilitare parentală pentru a-i ajuta să-şi dezvolte relaţia cu copiii, să gestioneze situaţii dificile şi conflicte.

2.c). Ce atitudini aţi dori să vedeţi că dezvoltă familiile persoanelor dependente?

În primul rând, profesioniştii ar dori să vadă că familiile consumatorilor adoptă o atitudine de acceptare a celui drag şi, în mod special, faţă de schimbarea intervenită în viaţa lui în urma tratamentului. Ei îşi doresc ca familiile să nu îşi pună prea multe aşteptări imediat după finalizarea programului terapeutic, ci ca acestea să îşi stabilească aşteptări corecte. Mai mult, este important ca familiile să recunoască schimbarea intervenită în urma tratamentului. De aceea, este bine ca părinţii să fie atenţi la

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dezvoltarea independenței adolescentului sau tânărului adult, acceptând greşelile comise de acesta.

În acelaşi timp, specialişti spun că familia trebuie să arate dragoste, sprijin afectiv şi răbdare multă față de progresele realizate. Mai mult, este menționată iertarea familiei față de consumator, deoarece situația prin care acesta trece „este o boală în care tratamentul este preponderent comportamental, şi nu medicamentos." De aceea, este nevoie şi de încredere în reuşită şi de menținerea abstinenței, iar familia trebuie să țină sub control temerile legate de un posibil eşec. Cu toate acestea, specialiştii ar dori să vadă că familiile mențin un grad de realism şi alertă continuă față de posibilele căderi, în mod special atunci când apar semne evidente de întrebare legate de activitatea beneficiarilor.

Alte atitudini pe care profesioniştii ar dori ca familia beneficiarului să le dezvolte sunt: respectul față de beneficiar, valorizarea acestuia printr-o critică constructivă, empatie şi suport moral, emoțional şi material.

Este important ca familiile să învețe să nu judece, să nu stigmatizeze şi să nu folosească etichete prin care să manifeste o atitudine de critică a beneficiarului, dar, în acelaşi timp, să nu se erijeze în salvator, ci să-i acorde spațiu de dezvoltare a responsabilităților.

3. În ce cadru se poate realiza acest transfer de cunoştințe, abilități şi atitudini către beneficiar şi familia acestuia?

Printre cele mai des menționate situații în care se poate realiza transferul de cunoştințe, abilități şi atitudini sunt cel de interviu individual şi cursuri predate în cadrul programelor de terapie. Mai apoi, avem menționate şedințele de consiliere personală şi de grup, discuții de grup inițiate de specialişti în cadrul comunităților terapeutice, discuţii asistate între familie şi beneficiari,

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

suport reciproc între beneficiari, grupuri de suport postcură, alte astfel de grupuri.

Mai apoi sunt menţionate activităţi organizate în afara cadrului obişnuit sau al clădirii instituţiei, cum ar fi: tabere, conferinţe sau excursii. Alte situaţii similare sunt sărbătorirea de zile de naştere, întâlniri în cadrul unor comunităţi religioase şi evenimente bisericeşti. Totodată, sunt amintite şi atelierele instituţiei, grădina sau cadrul protejat de dezvoltare a abilităţilor de muncă oferit prin programele terapeutice.

Interviurile beneficiarilor

1.a). Ce credeţi ca ar trebui să cunoască profesionistul căruia îi cereţi ajutorul?

În primul rând toţi participanţii la interviu au menţionat faptul că profesioniştii ar trebui să ştie care sunt efectele substanţelor asupra intelectului, corpului şi comportamentului uman. În realitate, aceştia se aşteaptă ca prin pregătirea profesională specialiştii să acumuleze astfel de cunoştinţe la nivel academic, deşi recunosc că experimentarea lor ar fi benefică pentru a putea înţelege impactul lor asupra dependenţei psihice. Totuşi, ei nu sugerează ca specialiştii să facă acest lucru intenţionat, ci beneficiari consideră (probabil în mod eronat) ca fiind mai uşor pentru ei să comunice cu alte persoane care au experimentat consumul. Aceste cunoştinţe includ, pe de altă parte, şi gama de boli generate de consum. În aceeaşi categorie intră şi cunoştinţe ale mecanismelor psihice şi a modului în care „funcţionează mintea", după cum spune unul dintre cei intervievaţi. Tot aici se pot aminti şi elementele legate de caracterul şi personalitatea oamenilor despre care cei studiaţi spun că este foarte important ca profesioniştii să le înţeleagă.

Mai apoi, cei intervievaţi au menţionat faptul că profesioniştii ar trebuie să cunoască foarte bine mediul de

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

provenienţă al persoanei, şi anume: familia, prietenii, şcoala, dar şi cartierul sau zona unde locuieşte. Acest lucru, spun ei, îi ajută pe specialişti să înţeleagă parte din motivaţie şi, ulterior, le oferă şanse de reuşită pe termen lung. Toţi participanţii au accentuat importanţa cunoaşterii relaţiilor de familie ale persoanei asistate, în vederea analizării relaţiilor şi a dinamicii acestora.

Cunoştinţele despre diverse programe pentru dependenţă sunt apreciate ca fiind importante de către cei intervievaţi. Aceştia consideră că un profesionist trebuie să cunoască multiple alternative de intervenţie şi o largă varietate de programe prin care pot fi ajutaţi cei în cauză. Beneficiarii intervievaţi consideră că, în acest mod, ei pot atât să le explice alternativele existente, dar şi să-i îndrume spre programele potrivite.

Participanţi la cercetare afirmă că este nevoie ca profesioniştii să aibă cunoştinţe despre diversele terapii existente, atât pentru perioada de tratament, cât şi pentru postcură. Aici se includ şi alternativele de reintegrare ce pot fi oferite la ieşirea din perioada de reabilitare. De aceea, respondenţii au menţionat că îşi doresc ca profesioniştii să deţină informaţii şi despre direcţia pe care pot merge foştii dependenţi în viaţă. Mai mult, aceştia se aşteptă ca profesioniştii să cunoască elemente de moralitate, valori sociale şi spiritualitate. Este important de observat că din acest punct de vedere se depăşesc astfel graniţele profesiunii în sine şi aşteptările se plasează şi în zona calităţii umane şi a caracterului moral al specialistului.

Mai apoi, respondenţii au menţionat faptul că specialiştii ar trebui să cunoască limbajul folosit de dependenţi sau jargonul la care apelează persoanele consumatoare. Acest lucru este văzut de ei ca fiind important, mai ales dacă profesioniştii doresc să descifreze modul de gândire şi acţiune al consumatorilor de droguri.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Alţi participanţi susţin că e important ca profesioniştii să cunoască bine „instrumentele de lucru" (cum le-au numit ei) din domeniul în care activează, şi ce anume pot să propună în mod real celor care vin să le ceară ajutorul. Cu alte cuvine, consumatorii doresc să observe o anumită certitudine în abordarea profesionistului care cunoaşte demersul şi modalităţile de intervenţie atunci când i se solicită sprijinul.

Dintre participanţii la cercetare au fost unii care au amintit faptul că e bine ca profesioniştii să cunoască „ce se întâmplă când eşti în sevraj". O astfel de informaţie la nivel teoretic este suficientă, din ceea ce au spus participanţii, dar apreciază că sunt mai bine ajutaţi de acei profesionişti care au experimentat practic consumul. Bineînţeles că nu se sugerează generarea unei astfel de experienţe pentru ca un profesionist să poată ajunge la înţelegerea empirică a situaţiei.

1.b). Ce ar trebui să facă profesionistul să vă ajute să renunţaţi la droguri?

Toţi participanţii la cercetare au menţionat faptul că profesioniştii ar trebui să fie capabili să asculte într-o manieră în care să arate că înţeleg situaţia prin care trec ei.

Comunicarea este un alt element menţionat foarte des de respondenţi ca făcând parte dintre abilităţile practice pe care ar trebui să le manifeste un profesionist. Ascultarea şi comunicarea sunt necesare, spun ei, pentru a înţelege persoana şi pentru a demonstra empatie şi grijă faţă de cel care solicită ajutor. Mai mult, aceste abilităţi sunt necesare pentru obţinerea de informaţii exacte cu privire la starea consumatorului şi, în acelaşi timp, asigură beneficiarul că este înţeles, aspect care a fost menţionat de nenumărate ori.

Păstrarea confidenţialităţii este un alt aspect adus în discuţie de beneficiari. Aceştia afirmă că îşi doresc să interacţioneze cu profesionişti care ştiu să păstreze experienţele lor în aşa fel încât să nu

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

fie cunoscute de alte persoane, ceea ce îi va ajuta să fie sinceri atât cu profesionistul, cât şi cu ei înşişi în demersul procesului terapeutic. În aceeaşi ordine de idei se poate menționa şi abilitatea de a câştiga încrederea. Respondenții aşteaptă ca profesioniştii să se facă plăcuți având capacitatea de a-i face să-şi „deschidă sufletul" în prezența lor.

Un alt element important pentru o bună parte dintre participanți este siguranța dovedită în abordare şi, totodată, demonstrarea abilităților ferme de a conduce beneficiarul spre rezolvarea problemelor lui. Aceştia doresc să li se ofere soluții concrete şi un demers profesional realist. De aceea, ei au sugerat pragmatismul profesionistului care trebuie să fie convins de demersul ce urmează a fi parcurs împreună, asigurând persoana de abilitatea lui de a conduce procesul către succes.

În ultimul rând, abilitatea de colaborare cu alți profesionişti a fost menționată ca fiind necesară celor ce oferă servicii persoanelor dependente. Pentru acestea este important să ştie că profesioniştii reuşesc să lucreze împreună pentru a le oferi o asistență potrivită.

1.c). Cum ați vrea să se relaționeze la dumneavoastră profesioniştii cărora le cereți ajutor?

Atitudinea cea mai des menționată este acea de normalitate, prin aceasta înțelegându-se că valoarea beneficiarului este similară cu cea a profesionistului. Au fost menționate elemente ce pot destabiliza un astfel de echilibru, şi anume fie o compasiune nepotrivită în sensul de milă, fie o superioritate provenită din educația sau profesia celui care ajută. Nu este apreciată ideea că beneficiarul este acolo pentru „a fi reparat". De aceea, beneficiari apreciază sinceritatea şi egalitatea demonstrate în relația lor.

Mai apoi, participanții au menționat faptul că doresc să vadă atitudinea de grijă şi răbdare, şi nu de puține ori a fost menționate atitudini precum: dragostea, empatia, calmul sau bunătatea. Totuşi, ei recunosc că este nevoie ca profesionistul să aibă şi tact pedagogic

prin care să îi determine pe beneficiari să îşi asume îndeplinirea sarcinilor în vederea reuşitei, ca astfel să poată contribui şi ei la succes, nu doar profesionistul.

O atitudine deloc apreciată de participanţi este judecata de valoare şi dezvăluirea motivelor pentru care ei se află în această situaţie de dependenţă şi, implicit, impunerea unei stări de vinovăţie. Din contră, aceştia doresc să vadă o atitudine de prietenie şi încredere faţă de succesul dorit de ambele părţi. Acest lucru este arătat şi de siguranţa pe care o manifestă profesionistul în acordarea asistenţei, o siguranţă în capacitatea persoanei de a-şi dori eliberarea de sub influenţa substanţelor nocive.

Participanţii la cercetare au menţionat faptul că îşi doresc ca profesioniştii să acţioneze într-o manieră în care întreg demersul este adaptat nevoilor lor, iar serviciile oferite sunt individualizate în fiecare etapă de lucru. De aceea, ei aşteaptă ca intervenţia să fie ancorată în nevoia lor şi nicidecum în succesul profesional al specialistului. Beneficiarii au menţionat importanţa unei dedicări a specialiştilor faţă de ceea ce fac şi nu realizarea intervenţiei doar ca pe o profesie dobândită.

2.a). Ce informaţii aţi acumulat în urma întâlnirilor cu profesioniştii?

Cei mai mulţi dintre respondenţi au obţinut informaţii care i-au ajutat să se înţeleagă, în cuvintele lor: „cunoaştere de sine." Mai mult, au înţeles modalităţile de reacţie pe care le manifestă ca urmare a consumului şi de aceea reuşesc să recunoască diversele situaţii generate strict de influenţa consumului de substanţe. Altfel spus, participanţii au afirmat că au acumulat o serie de informaţii despre consecinţele consumului de droguri asupra psihicului sau comportamentului, ceea ce le-a oferit instrumentele necesare pentru a înţelege „de ce acţionez aşa". Unii au afirmat că au învăţat că nu sunt singuri în procesul recuperării şi că drogurile într-adevăr controlează persoana, ceea ce impune multe limite.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Un alt aspect pe care respondenții l-au amintit este cel legat de evaluarea anturajului lor de proveniență. În relația cu profesioniștii, aceștia au fost ajutați să reflecteze asupra influenței mediului din care provin și astfel să recunoască ce anume ar trebui schimbat pentru a putea preveni recăderea.

Informații despre efectele drogurilor, corelate cu modalități de a se păstra abstinenți, reprezintă un alt set de informații achiziționate de participanți. Mai mult, aceștia au recunoscut că, pe lângă aceste informații, au reușit să înțeleagă la nivel mental care sunt declanșatorii dorinței de consum și cum pot să găsească portițe de a se proteja și a devia dorința. Tot aici am putea menționa și faptul că respondenții au obținut informații despre bolile fizice și mintale generate de consum.

Mai mult, unii dintre participanții la cercetare au acumulat informații despre opțiunile de ieșire din problemele generate de droguri, atât cele direct legate de consum, cât și altele, relaționale și de viață. La nivel teoretic au înțeles trecutul lor și nevoia de a rezolva acele situații tensionate sau conflictuale ce pot fi o barieră în calea reușitei ulterioare.

Mulți dintre respondenți au afirmat că în urma interacțiunii cu specialiștii nu au obținut foarte multe informații care să le fie de folos în ceea ce privește problematica drogurilor și elementele de viață și sociale. Totuși, trebuie să menționăm că a fost o altă categorie de participanți care au spus că în perioada tratamentului și a interacțiunii cu specialiștii au recuperat „ani întregi de educație" pe care ar fi trebuit să o acumuleze în școală sau familie. Aceștia sunt dintre consumatorii care au început consumul la vârste fragede și care au pierdut anii de educație formală sau în familie. Pentru aceștia, interacțiunea cu profesioniștii a fost o achiziție informațională de neprețuit.

O bună parte dintre cei intervievați au susținut faptul că au dobândit informații despre religie și credință în Dumnezeu, ceea ce

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

i-a ajutat foarte mult. Acest set de informaţii, corelat cu altele, s-a dovedit a fi încurajator pentru unii dintre participanţi.

2.b). Descrieţi abilităţile şi atitudinile pe care le-aţi obţinut în urma interacţiunii cu profesioniştii.

Printre cel mai des menţionate elemente învăţate de participanţi se numără responsabilitatea faţă de orice decizie şi activitate. Aceasta aduce împreună cu ea şi punctualitate şi perseverenţă despre care respondenţii au afirmat ca le pot vedea în prezent în viaţa lor.

Un element ce a fost preluat în mod practic de către participanţi este rutina necesară în desfăşurarea unei zile normale şi organizarea vieţii în funcţie de zi şi noapte. Tot aici am putea discuta despre abilităţile de administrare a timpului şi a banilor. Organizarea corectă a timpului liber conduce la evitarea posibilelor riscuri de consum. Mai mult, participanţii au spus că au învăţat să facă planuri pentru ei şi să le pună în practică.

Un alt set de abilităţi achiziţionate sunt cele sociale, în mod special cele de comunicare şi rezolvare a conflictelor. Acestea sunt dezvoltate prin activităţi practice de genul: scrierea unei scrisori persoanei care i-a produs o stare de nemulţumire sau mânie, interacţiunea zilnică cu personalul comunităţii terapeutice, relaţii intenţionate cu persoanele aflate în comunitatea terapeutică pentru analiză, discuţii şi organizare, dar şi în întâlniri organizate cu familia. Mai mult, cu ajutorul specialiştilor, respondenţii au reuşit să refacă relaţiile rupte cu familia şi cu alte persoane. Au recunoscut, totuşi, că acest element este încă în faza de lucru şi ei continuă să-şi dezvolte aceste abilităţi.

Igiena personală şi a gospodăriei a fost menţionată de mulţi dintre participanţii la cercetare. Aceştia au mai spus că aveau nevoie să ştie cum să gătească, să spele haine sau să efectueze micile sarcini gospodăreşti.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În urma interacțiunii cu profesioniștii, participanți au afirmat că au dobândit un realism benefic ceea ce i-a adus „cu picioarele pe pământ". Ei consideră că pot face o evaluare corectă a situației în care se află, dar și a șanselor de viitor. Mai mult, au obținut capacitatea de a nu lăsa emoțiile să-i conducă, ci „își cunosc limitele" și reușesc să înțeleagă momentele care îi determină să fie vulnerabili la droguri și la reacțiile acestora.

O altă abilitate menționată de respondenți este acea de a „reflecta permanent la ceea ce mi se întâmplă." De aceea, la sugestia specialiștilor, unii reușesc să țină un jurnal personal. Mai mult, au învățat să facă „exerciții de gândire" înainte de a acționa și astfel reușesc să acționeze cu mai mult calm și siguranță.

Este important să menționăm că o parte dintre participanți (în jur de 30%) au afirmat ca nu au preluat foarte multe, nici practic, nici atitudinal, din interacțiunea lor cu specialiștii. Acest lucru este legat totuși de o altă abilitate pe care unii dintre participanți au menționat-o, și anume că sunt capabili să înțeleagă situația în care se află. Recunoașterea realității din jur sau din interacțiunea cu alții este importantă, mai ales pentru cei care spun că au reușit să devină capabili să înlocuiască elementele declanșatoare din jur cu alte obiecte care sunt inofensive în privința consumului.

Lucrul în echipă și integrarea în grupuri mici este o altă abilitate dobândită din interacțiunea cu profesioniști și cu comunitatea terapeutică. Acest aspect este apreciat de foștii consumatori, care consideră că îi va ajuta la păstrarea unor relații benefice odată ce vor părăsi respectiva comunitate terapeutică.

Ca o ultimă abilitate putem menționa faptul că respondenții susțin că au învățat cum să-și exprime sentimentele și frustrările într-o manieră potrivită. „Să-mi controlez furia", afirmă un participant, „este pentru mine foarte important și mă bucur că am reușit să învăț acest lucru".

Bineînțeles că astfel de abilități sunt legate strâns de atitudinile pe care participanți le-au dezvoltat în urma interacțiunii cu specialiștii; redăm mai jos câteva dintre acestea.

Iertarea de sine şi iertarea celor din jur este o atitudine învățată de cea mai mare parte dintre respondenți. Ei au afirmat că acum reuşesc să accepte propria lor persoană cu tot trecutul, pentru a se uita mai mult la viața care le stă înainte. Cu alte cuvinte, o atitudine pozitivă, izvorâtă dintr-o imagine benefică de sine şi față de reuşitele de viitor. Acest lucru se leagă şi de înțelegerea valorii personale şi a oamenilor, în general. Unii au spus că simt eliberarea de trecutul tumultuos şi că pot să se uite cu anticipare spre viitor. Mai mult, o astfel de perspectivă constituie o motivație pentru a continua în ceea ce fac bine.

Atitudinile enumerate stau la baza unei dorințe de a se implica pozitiv în viața altor persoane. Iată ce afirmat un participant: „am învățat să înțeleg oamenii şi sentimentele lor". De aceea, mulți dintre respondenți îşi doresc să-i ajute pe cei din jur şi mai ales pe cei care trec prin situații similare lor.

3. Cum credeți ca ați putea învăța abilități şi atitudini de la profesioniști pentru a preveni recăderea?

Câțiva dintre participanți au afirmat că mediul în care ar putea exista transferul de la profesioniști către ei este posibil doar într-un cadru izolat, departe de mediul din care ei provin. „Smulgerea din mediul ce a influențat consumul" este soluția pentru a se putea întâmpla acest transfer.

Alții au afirmat că fiind împreună cu alte persoane care Îl cunosc pe Dumnezeu, ei pot învăța şi experimenta schimbarea adusă de El în viața lor. Acest lucru s-ar putea lega şi de „terapia de grup săptămânală" care, spun ei, i-a ajutat foarte mult.

Mai mult, cadrul potrivit pentru a putea prelua aceste informații, abilități şi atitudini este cel mai benefic împreună cu alte

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

persoane care au experimentat situații similare. De aceea, grupurile în care să-şi poată spune experiența şi în care sunt înconjurați de specialişti bine pregătiți reprezintă contextul potrivit pentru a prelua aceste lucruri. Acestea sunt strâns legate de exemplul pozitiv al celorlalți, fie consumatori eliberați, fie profesionişti. Astfel că, demonstrarea practică a profesioniştilor „ne ajută să le aplicam şi noi", spun foştii dependenți. Mai mult, ei consideră că prin exersare în practică pot ajunge la dobândirea tuturor acestor elemente.

Un ultim element menționat legat de modalitatea prin care ar putea învăța toate aceste lucruri este reprezentat de taberele de terapii scurte „unde să vedem alte persoane care nu mai consumă". Exemplul şi reuşita altora are o mare pondere atât pentru preluarea modelului, cât şi pentru încurajarea succesului personal.

4. Ce credeți că ar putea face familia pentru dumneavoastră pentru a preveni recăderea?

Cea mai mare parte dintre participanți au adus în discuție situația atitudinii de învinovățire şi judecată a familiei față de ei. De aceea, ei consideră că familia ar trebui să nu-i judece şi să nu le reproşeze situațiile din trecut. Tot aici este amintită şi atitudinea critică negativă pe care o manifestă uneori familia. Foştii consumatori consideră că familia ar ajuta dacă nu ar critica şi nu ar folosi expresii de genul: „din câine nu se face brânză". Astfel de cuvinte descurajează progresul înregistrat. Mai degrabă, aceştia îşi doresc să fie tratați normal să fie sprijiniți emoțional. Îşi doresc să fie acceptați şi să simtă că sunt iertați de către familie, chiar dacă persoana prezintă un comportament „mai nebunatic", după cum spunea unul dintre respondenți. Un altul a spus că e bine ca familia „să se uite spre viitor nu spre trecutul meu" cu obiectivul de a mă încuraja şi „nu să-mi arate ce nu am reuşit să schimb". De asemenea, aceştia doresc să le fie apreciat progresul şi schimbările intervenite în urma tratamentelor efectuate. Ei se aşteptă ca familia să-i susțină în

acest proces şi să se aştepte la progres în continuare. Mai mult, beneficiarii au afirmat că doresc ca familiile lor să manifeste încredere faţă de reuşită în schimbare şi faţă de abstinenţa în viitor, să nu arate îndoială şi să le aducă aminte în ce situaţie au fost, pentru a le pune la îndoială schimbarea şi capacitatea de a rămâne curaţi, să nu caute explicaţii şi cauzele consumului pentru a le aduce aminte de trecut sau pentru a găsi vinovaţi.

În altă ordine de idei, beneficiarii au indicat că familiile ar putea organiza activităţi comune în care să-i implice pe toţi membri familiei şi acest lucru ar ajuta la prevenirea recăderii. Tot aici am putea aminti faptul că unii au sugerat crearea unei atmosfere de armonie în familie şi a unui mediu în care membrii să poată găsi pace şi să poată fi relaxaţi unul în prezenţa celuilalt.

Participanţii au recunoscut faptul că familiile le sunt aproape atunci când îi ajută să identifice şi să contacteze serviciile existente în domeniu, dar în niciun caz nu este benefic ca familia să blocheze accesul acestora spre ajutorul specializat. Pe de altă parte, beneficiarii apreciază că rugăciunea familiei este foarte importantă şi că aceasta îi ajuta în problemele cu care se confruntă, recunoscând că intervenţia divină are în rol major în acest sens.

Un alt aspect important, menţionat de respondenţi, este faptul că familia ar trebui să îi ajute la înlăturarea elementelor declanşatoare pentru consum. Aceste elemente sunt situaţiile sau obiectele ce generează apetitul sau dorinţa faţă de reluarea consumului, cum ar fi încurajări verbale în acest sens sau obiecte (substanţe, lucruri de valoare etc.) lăsate neglijent la îndemâna lor şi care ar putea să le atragă atenţia. Nici măcar oferta pentru un consum ocazional sau redus nu este apreciată de participanţi, ci, pentru reuşită, aceştia consideră că familia joacă un rol important în îndepărtarea oricărei aluzii în acest sens.

Pentru a putea ajuta persoana care a fost consumatoare de substanţe dăunătoare, familia ar fi bine să se informeze cât mai bine

despre situația drogurilor şi a efectelor acestora. Această sugestie este oferită de mai multe persoane intervievate şi are în vedere faptul că buna cunoaştere a drogurilor poate să-i ajute la identificarea simptomelor, înțelegerea comportamentului celui dependent şi, eventual, prevenirea recăderii prin înlăturarea împreună a pericolelor.

O altă sugestie a participanților la cercetare este că familia ar putea lucra împreună cu prietenii consumatorilor pentru a ajuta persoana în cauză atât pentru motivare către tratament, cât şi pentru a preveni o eventuală recădere. Mulți dintre participanți susțin că familia nu poate avea un rol foarte mare în prevenirea recăderii, ci prietenii acestora sunt pionul principal în acest sens. De aceea, dacă familia va colabora cu prietenii care doresc abstinența, şansele de reuşită cresc.

Beneficiarii consideră că familia are nevoie să apeleze la un consilier pentru a cunoaşte modul în care trebuie să acționeze pentru a preveni eventualele recăderi ale celui drag. Nu este suficient, au spus ei, ca familia să obțină informații despre droguri, ci membrii acesteia au nevoie să fie sfătuiți şi să acționeze intențional şi împreună cu specialiştii. Altfel, reuşita nu este una deplină, ci, mai degrabă, parțială şi şubredă.

Aspectul financiar este unul dintre cele mai sensibile elemente în întreg procesul de recuperare şi abstinență. De aceea, beneficiarii susțin că familia are nevoie să fie atentă la situația financiară implicată în acest proces. În unele cazuri, aceştia au apreciat că familia i-a ajutat cu bani pentru a achiziționa substanțele față de care manifestau dependență, iar acest lucru a prevenit apelarea la mijloace nelegale pentru a obține aceşti bani. În schimb, alții au susținut că este bine ca familia să nu alimenteze viciul lor şi să nu ofere accesul la substanțe pentru a preveni consumul chiar şi de ocazie.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Interviurile reţelei informale de suport

1.a) Ce credeţi că ar trebui să ştie profesionistul care vă ajută pe dumneavoastră în problema dependenţei celui drag?

Profesioniştii ar trebui să cunoască situaţia consumului de droguri şi efectele acestora asupra persoanei, inclusiv factorii determinanţi pentru consum. Ei ar trebui, spun membrii familiei, să cunoască bine situaţia dependentului, dar şi a familiei de provenienţă, pentru a şti cum să lucreze cu ambele categorii. Mai mult, familia consideră că este important ca profesioniştii să înţeleagă calităţile copilului şi de „felul lui de a fi", să cunoască mediul în care a crescut şi ce copilărie a avut. În acelaşi timp, aceştia ar trebuie să ştie şi ce anturaj a avut consumatorul în toată această perioadă.

Este nevoie ca profesioniştii să cunoască întreaga istorie a consumului, împreună cu reacţiile pe care le-au avut drogurile asupra persoanei. Totodată, familia spune că este important ca specialiştii să înţeleagă motivaţia consumatorului pentru tratament, cu scopul de a identifica dorinţa de a înceta consumul. De asemenea, este bine ca specialiştii să cunoască modalităţile prin care să-i motiveze pe consumatori pentru a dori tratamentul, pentru ca ulterior să ajungă la abstinenţă. Mai apoi, este important să cunoască ce fel de terapie sau intervenţie este necesară în fiecare caz.

Un participant susţine că nu a apelat la specialişti pentru informare, ci a căutat informaţii pe site-urile de profil de pe internet pentru a cunoaşte efectele fizice şi psihice ale consumului de droguri. Alţii spun că profesioniştii ar trebui să ştie cum să faciliteze accesul familiei în grupurile de suport ale celui drag pentru a-l putea cunoaşte sau redescoperi şi în acest aspect al vieţii. Mai mult, unii membri ai familiilor consideră că specialiştii ar trebui să explice părinţilor fazele prin care trec copiii lor şi că există posibilităţi de vindecare.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Mai mult de jumătate dintre participanţi au afirmat că profesioniştii ar trebui să cunoască faptul ca şi părinţii/familia are nevoie de ajutorul lor în situaţia de dependenţă a unui membru al acesteia.

1.b) Ce ar trebui să fie capabil să facă profesionistul pentru a va ajuta în sprijinirea dumneavoastră şi a celui drag?

Profesioniştii ar trebuie să fie capabili să cunoască bine persoana consumatoare deoarece aceasta îşi creează un sistem de apărare. De aceea, este nevoie ca profesioniştii „să poată pătrunde dincolo de aparenţele" persoanei care se află în situaţia de dependenţă. Mai mult, aceştia ar trebui să ştie să comunice pentru a se putea apropria de persoana consumatoare. În acelaşi timp, respondenţii susţin că este necesar să ştie cum să comunice „şi cu noi, membrii familiei, pentru a ne ajuta să discutăm deschis şi fără menajamente".

Familiile susţin că specialiştii ar trebui să ştie „cum să ne ajute pe noi părinţii să prevenim consumul şi recăderea". Ei doresc să beneficieze de consiliere pentru a şti ce atitudini să adopte faţă de membrul familiei care are probleme de dependenţă. Mai mult, familia se aşteaptă să fie ţinută la curent în legătură cu evoluţia celui aflat în perioada de tratament şi care se găseşte departe de casă. Unul dintre participanţi spune că ar dori „să mă accepte în grupul lor, aşa cum l-au acceptat şi pe cel drag mie". În acelaşi timp, familia ar aprecia dacă i s-ar oferi posibilitatea să contribuie la procesul de dezintoxicare.

Unii dintre participanţi au folosit diverse verbe la timpul trecut atunci când s-au gândit la interacţiunea lor cu profesioniştii, explicând ceea ce deja ei au obţinut în urma acesteia. De aceea, considerăm că este important să redăm câteva dintre elementele descrise de ei pentru a înţelege imaginea completă a răspunsurilor primite de la membrii familiilor. Iată ce spun ei că au învăţat/preluat

de la profesionişti: rolul personal în întreg procesul legat de dependenţă a celui drag, înţelegerea greşelilor comise în relaţia cu beneficiarul, descoperirea valorilor, capacităţilor şi scopurilor personale, deprinderea unui vocabular adecvat situaţiei de dependenţă a celui drag.

Respondenţii doresc ca profesioniştii să fie capabili să îi ajute să depăşească prejudecăţile faţă de consum ca să poată face faţă problemelor legate de dependenţa celor dragi. Ei au nevoie să fie ajutaţi pentru a dezvolta comportamente potrivite faţă de membrii familiilor lor în momentul când aceştia revin acasă după perioada de tratament pentru dezintoxicare. Mai mult, familiile au nevoie să li se formeze abilităţi şi atitudini potrivite de încredere pentru a nu-i supune unor presiuni nefondate. Totodată, familia ar dori ajutor în privinţa problemelor de căsnicie, dar şi consultanţă financiară.

Participanţii ar aprecia dacă profesioniştii ar şti cum să îi ajute să depăşească efectele co-dependenţei care se manifestă prin tendinţa de a-i „acoperi", deoarece chiar şi acum, spune unul dintre părinţi, observă predispoziţia de „minţi pentru ei", cu scopul de a-i proteja.

Unul dintre participanţi a afirmat că abilităţile necesare pentru a şti cum să se comporte cu cel drag după venirea lui acasă au fost formate cu ajutorul fostului consumator. Acesta i-a spus cum trebuie să procedeze, ce cuvinte să folosească şi care sunt lucrurile care nu ajută în relaţia lor.

1.c) Cum aţi vrea să se relaţioneze la dumneavoastră specialistul în probleme de droguri?

Familiile ar dori ca profesionişti să îi abordeze ca pe nişte potenţiali beneficiari de consiliere morală şi spirituală. Ei înţeleg importanţa rolului Divinităţii în viaţa lor şi ar dori ca profesioniştii să îl valorizeze la rândul lor.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Participanții au afirmat că atitudinile corecte ale profesioniștilor îi ajută să își câștige stima de sine, să se simtă valorizați, și nu criticați. Pe de altă parte, au așteptarea ca aceștia să se „coboare la nivelul lor", reușind astfel să comunice modestie și disponibilitatea de a lucra împreună pentru rezolvarea problemelor. În același timp, familiile doresc să fie abordate „normal", fără judecată sau învinovățire, ci, mai degrabă, să demonstreze discreție însoțită de disponibilitatea de a fi alături de familie cu acceptare și suport.

Unul dintre participanți consideră că profesioniștii sunt modele pe care familia le poate prelua în ce privește comportamentul față de cel drag care se află în situația de beneficiar. Afirmația pe care a făcut-o unul dintre participanți este că „una este să citești informația și alta este să o vezi pusă în practică".

2. În ce cadru ați dori să învățați informații, abilități și atitudini noi pentru a vă ajuta în problema drogurilor legat de sprijinirea celui drag?

În primul rând, cadrul în care familiile văd că ar putea exista transferul acestor informații, abilități și atitudini este realizat prin întâlniri între părinți care traversează situații similare; între familii și membrii acestora care se află în tratamentul de dezintoxicare; între familii și profesioniștii care oferă servicii în acest sens și mai apoi între toate aceste părți, și anume, între profesioniști, beneficiari și familiile acestora. În cazul ultimei variante, atât părinții sunt ajutați, cât și membrii familiilor, care pot să audă neintermediat durerea și experiența pe care le trăiește familia lor.

Un alt cadru des menționat este participarea la cursuri și informări organizate de instituțiile unde membrii familiilor sunt rezidenți pentru tratament. Aici pot primi materiale, informații și își pot forma abilitățile și atitudinile necesare. În același timp, doi dintre

respondenţi au afirmat faptul că biserica este un cadru potrivit în care toate aceste elemente pot fi dezvoltate.

O altă modalitate amintită de familii este consilierea parentală şi maritală pe care o pot oferi profesioniştii familiilor aflate în situaţia în care unul dintre membrii lor experimentează dependenţa de droguri.

Alte informaţii oferite de participanţi

Aceste informaţii au fost oferite atât de către beneficiari, cât şi de către familiile acestora, explicând diversele experiente avute cu profesioniştii şi instituţiile specializate în domeniul dependenţei. Acest set de informaţii nu a fost solicitat de către cercetători, dar este inclus aici deoarece are legătură cu lucrarea de faţă şi poate ajuta la formarea unei imagini mai complexe a fenomenului dependenţei. Totuşi, informaţiile prezentate în acest paragraf nu vor face obiectul analizei şi al interpretării cercetării.

Informaţii legate de experienţele din spitale cu medicii şi cu alte persoane specializate în dependenţă: lipsa de informare asupra serviciilor existente sau o limitare a informaţiilor doar la serviciile medicale sau psihologice, în funcţie de profesia celui abordat; pesimismul profesioniştilor faţă de posibila reuşită în legătură cu abstinenţa persoanei; sfaturi legate de încetarea susţinerii financiare a persoanei în cauză; atitudini de suspiciune şi vinovăţie pe care beneficiarii şi familiile acestora le-au experimentat, induse frecvent de diverşi profesionişti; atitudini de învinovăţire şi judecată pe care le percep din partea vecinilor, membrii familiei extinse şi a societăţii, în general, atunci când doresc să vorbească despre experienţa lor şi despre problemele cu care se confruntă; atitudini de judecată şi învinovăţire din partea colegilor şi a prietenilor părinţilor care au copii consumatori, prin care aceştia sugerează că pentru situaţia

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

copilului vina aparţine exclusiv părinţilor; biserica sau, mai bine spus, comunitatea religioasă oferă adesea sprijin real, emoţional, moral şi cu privire la elementele informaţionale legate de serviciile existente, grupuri de suport şi aspecte benefice de petrecere a timpului liber; informaţiile religioase au contribuit benefic la încurajarea familiei şi a beneficiarului pentru o abstinenţă totală, comparat cu şansele relativ minime prognozate de unii specialişti; contribuţia benefică a instituţiilor care aduceau împreună beneficiarul şi familia acestuia în diverse activităţi de grup, consiliere şi petrecerea timpului liber.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 4

E posibilă prevenirea recăderii?

4.1 Analiza şi interpretarea datelor

Procesul de analiză a început odată cu procesarea datelor pentru a identifica grupurile de informații şi modul în care acestea sunt prezentate de către intervievați. În această etapă se ajunge la finalizarea titlurilor (coduri) de denumiri atribuite diverselor grupuri de informații, care constituie apoi baza analizei. Ulterior, în cadrul analizei propriu-zise vom discuta elementele oferite de participanți, în funcție de locul pe care aceştia îl atribuie informației, urmând ca interpretarea să fie etapa finală în care se aduc în discuție toate sursele şi informațiile culese, discutate şi cu ajutorul elementelor teoretice abordate în prima parte a lucrării.

Analiza datelor în cercetarea calitativă oferă informații cu privire la „ce se întâmplă şi de ce se întâmplă" acel element.[237] Din acest punct de vedere, cercetarea de față prezintă o „investigație empirică" a subiectului studiat.[238] De aceea, ne propunem să înțelegem situația legată de interacțiunea profesioniştilor cu beneficiarii şi familiile acestora, din perspectiva transferului de informații, abilități şi atitudini. Astfel că nu plecăm de la un set de teorii deja stabilite, ci vom încerca să înțelegem, prin intermediu interviului, elementele noi şi neexplorate în acest sens, având deschidere față de datele ce urmează a fi descoperite şi care mai apoi

---

[237] Nick Moore, *How to Do Research* (London: Library Association Publishing, 2000), pag. 121.

[238] Gina Wisker, *The Postgraduate Research Handbook* (Hampshire, New York: Palgrave, 2001), pag. 191.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

pot conduce la formularea unor concluzii benefice profesioniştilor care activează în domeniu.[239]

În vederea analizării datelor culese s-a efectuat etapa de transcriere a interviurilor cu scopul de a se identifica uşor grupurile de informații şi incidența lor în datele culese. Informația a fost structurată pe idei şi astfel s-au extras informațiile oferite de participanții la cercetare. De aceea, cercetarea de față va folosi analiza inductivă,[240] care va conduce la concluzii teoretice formulate pe baza interpretării cercetării.[241]

În analiza de față am luat fiecare set de informații culese de la respondenți, în ordinea întrebărilor adresate lor. Astfel că vom începe cu analizarea răspunsurilor obținute despre cunoştințele şi informațiile necesare profesioniştilor pentru a lucra cu beneficiarii. Mai apoi, vom discuta situația abilităților practice de care aceştia trebuie să le dezvolte în vederea unei bune practici în situații de consum de droguri. Ulterior, vom studia atitudinile pe care profesioniştii trebuie să le dețină în munca depusă pentru beneficiari şi familiile acestora. În unele situații, setul descris de intervievați se regăseşte în alte răspunsuri decât în cele la întrebările care au fost adresate. De aceea, s-a impus o revizuire a tuturor răspunsurilor pentru a completa imaginea reală despre răspunsurile intervievaților şi acestea nu se limitează la răspunsul oferit în momentul întrebării. În final, vom observa în ce cadru şi situații se poate realiza transferul celor trei seturi către beneficiari şi familiile acestora. Nu în ultimul rând, vom încerca să vedem aşteptările beneficiarilor față de familiile lor şi modul în care acestea pot să contribuie la prevenirea recăderii.

---

[239] Ibid, pag. 188.

[240] Tom Bourner, „The Research Journey: Four Steps to Success", în *Research Methods for Postgraduates* ed. Tony Greenfield (LONDON Arnold, 2002), pag. 139

[241] Matthew B. Miles şi A. M. Huberman, *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, 2nd ed. (Thousand Oaks: Sage Publications, 1994), pag. 10–12.

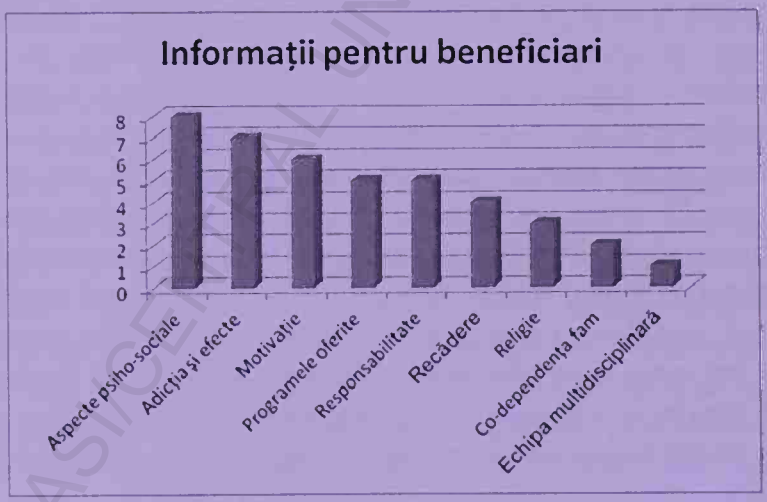
BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

De aceea, interpretarea discută legăturile dintre datele culese din toate cele trei surse informaţionale, dar şi intersecţia acestora în înţelegerea fenomenului studiat.

În cadrul acestei secţiuni de analiză şi interpretare se va lua fiecare set de informaţii în discuţie, discutându-se astfel într-o abordare combinată toate sursele de informaţii pe care le avem. Această metodă se numeşte triangulare, datorită faptului că se intersectează trei surse de informaţii culese: de la profesionişti, beneficiarii şi familiile acestora.[242] În finalul analizei şi al interpretării se vor prezenta rezultatele cercetării.

4.1.1 *Cunoştinţe*

Transferul de cunoştinţe de la profesionişti la beneficiari



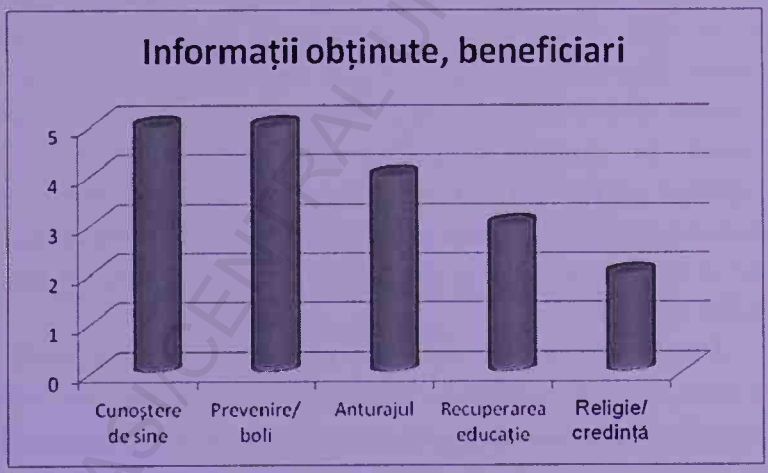
Tabel 1. *Informaţii oferite de profesionişti beneficiarilor*

[242] Q. Patton, Michael, *Qualitative Evaluation and Research Methods* (London: Sage Publications, 2002), pag. 187–88.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Din perspectiva profesioniştilor, nevoia cea mai mare a consumatorilor este de a înțelege elementelor psihosociale esențiale pentru o viață fără consum. Aceste cunoştințe includ informații despre caracterul uman, relații şi comportamentul pe care consumatorii trebuie să-l adopte, iar acestea sunt urmate de informații despre adicție şi efectele acesteia, iar mai apoi de motivația consumului (vezi primele trei elemente din tabelul 1).

Când comparăm aceste aspecte cu ceea ce beneficiarii susțin că au învățat de la specialişti se dovedeşte faptul ca aceştia din urmă au lucrat bine, deoarece aspecte similare coincid cu primele trei elemente în tabelul informaților preluate de către beneficiar (vezi tabelul 2).



Tabel 2. Informații obținute de beneficiari de la profesioniști

Atât specialiştii, cât şi consumatorii recunosc că aceştia din urmă dețin informații mult mai bogate despre droguri, efectele lor şi

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

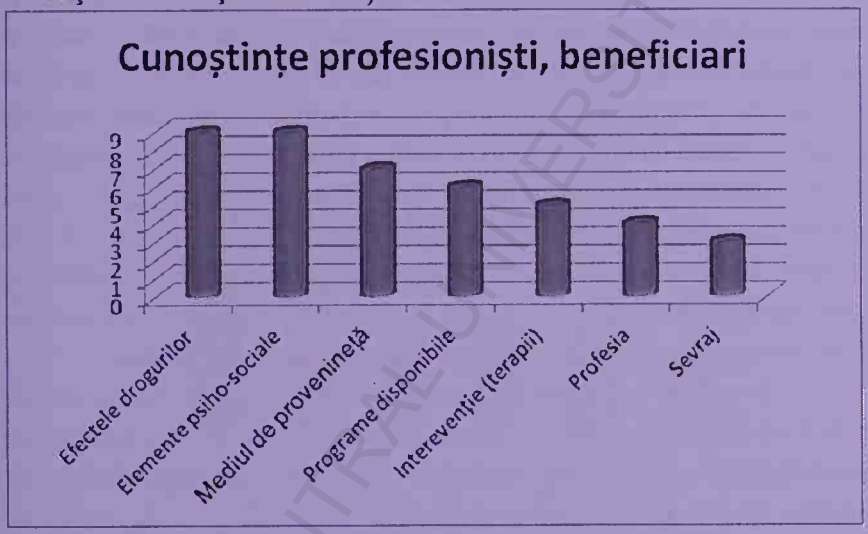
modalităţile de utilizare. Cu toate acestea, ei nu posedă informaţii despre bolile generate sau efectele pe termen lung ale consumului diverselor substanţe. De aceea, pe măsură ce specialiştii le explică efectele fizice şi psihice, beneficiarii reuşesc să se înţeleagă mai bine pe ei înşişi, ceea ce ulterior îi ajută la motivarea pozitivă şi pro-abstinenţă. În acelaşi timp, explicaţiile profesioniştilor cu privire la anturajul dăunător sunt înţelese foarte bine de către beneficiari, acest lucru rămânându-le imprimat în minte în urma interacţiunii lor cu specialişti.

Modalitatea prin care profesioniştii reuşesc să ajute la recuperarea educaţiei beneficiarilor este prin responsabilizarea acestora. După cum am văzut în prezentarea datelor, unii beneficiari ajung în programele de tratament cu evidente lacune educaţionale, specialiştii fiind în situaţia de a-i ajuta pe aceştia să facă saltul necesar pentru o viaţă socială normală. Mai mult, este important să observăm rolul pe care educaţia religioasă îl joacă în recuperarea şi asigurarea abstinenţei. Vedem ca unii specialiştii aduc în discuţie acest aspect, ceea ce se regăseşte şi în tabelul informaţilor preluate de beneficiari. Informaţiile despre credinţă s-au dovedit ca fiind încurajatoare pentru cei din urmă, deoarece au descoperit o nouă dimensiune care până în acel moment le era străină. Iată cum, chiar şi la nivel informaţional se poate realiza o motivare reală în vederea prevenirii recăderii.

După cum era de aşteptat, profesioniştii aduc mult mai multe elemente informaţionale în atenţia beneficiarilor care ulterior le filtrează, rămânând doar cu o parte dintre ele. Important de înţeles este faptul că există un set relevant de cunoştinţe pe care specialiştii reuşesc să le transfere beneficiarilor, care, la rândul lor, le asimilează. Având în vedere că o bună parte dintre beneficiari au ieşit din programul de asistenţă de ani buni, se poate afirma că la

nivel informațional transferul are loc între profesioniști și asistați, iar acest lucru conduce la o prevenție eficientă.

Cu toate acestea, este important să vedem care sunt acele elemente informaționale pe care beneficiarii ar dori să le dețină profesioniștii și care încă nu au fost menționate de către aceștia. Dacă analizăm tabelul 3, putem vedea că la început beneficiarii plasează informația despre efectele drogurilor, iar la finalul listei avem cunoașterea situației de sevraj.



Tabel 3. Cunoștințele necesare profesioniștilor, din perspectiva beneficiarilor.

Chiar dacă ei au menționat efectele drogurilor la întrebarea legată de cunoștințe, în realitate așteptările beneficiarilor nu se limitează la nivel informațional, ci, mai degrabă, aceștia doresc informații obținute în mod experimental. Așa cum am înțeles din interviurile acestora, ei sunt mai apreciativi la adresa specialiștilor care au trecut prin experiențe similare cu ei și nu apelează doar la cunoștințele

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

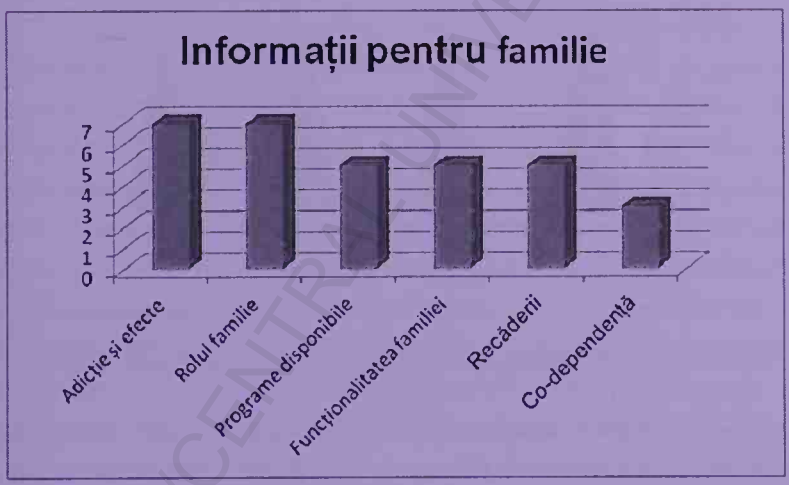
teoretice. Întrebarea logică ce se pune este dacă fiecare specialist ar trebui să experimenteze toate substanţele şi efectele acestora. Bineînţeles că nu! Totuşi, punctul de vedere al beneficiarilor aduce în atenţia noastră un aspect important, şi anume că în acest domeniu de activitate este important să se identifice modalităţi adecvate situaţiei, cum ar fi formarea de echipe mixte în care unii au experimentat consumul, iar alţii nu. Motivul pentru care se poate afirma acest lucru este că dependenţii privesc la profesionişti ca la nişte repere de moralitate şi susţinători ai valorilor umane şi spirituale. De altfel, este cunoscut faptul că şi profesioniştii au nevoie de pregătire continuă şi menţinerea unor valori sociale pozitive. Astfel că echilibrul experienţei cu păstrarea abstinenţei este foarte important. Se impune ca beneficiarii să înţeleagă la nivel intelectual reacţiile comportamentale pe care ei nu reuşeau să şi le explice, dar valoarea constă în înţelegerea factorilor determinanţi spre consum, pentru a nu se lăsa conduşi de impulsuri emoţionale, ci să fie capabili să acţioneze pe baza cunoştinţelor şi raţiunii.

În ce priveşte starea de sevraj, putem spune că este destul de dificil să o înţelegi doar din teorie, dar ceea ce beneficiarii doresc ca profesionistul să ştie sunt variantele de intervenţie disponibile şi ce anume poate să facă în situaţia prin care ei trec. O astfel de cunoaştere îi oferă încrederea faptului că nu va fi singur şi că cel care îl asistă ştie cum şi când să acţioneze în aşa fel încât să nu fie depăşite limitele suportabilului, mai ales că, uneori, profesioniştii pot să folosească o astfel de experienţă ca pe o „lecţie de viaţă" prin care să îşi propună, direct sau indirect, să-i ofere consumatorului motive pentru care acesta nu ar mai dori să treacă şi altă dată prin acelaşi chinuri. Bineînţeles că o astfel de abordare este astăzi din ce în ce mai condamnată; consumatorul va încerca să se protejeze de astfel de practici, iar profesionistul ar trebui să-l asiste într-o manieră

ce denotă susținerea demnității umane, coroborată cu identificarea mecanismelor motivaționale potrivite.

Transferul de cunoştinţe de la profesionişti la familia beneficiarului

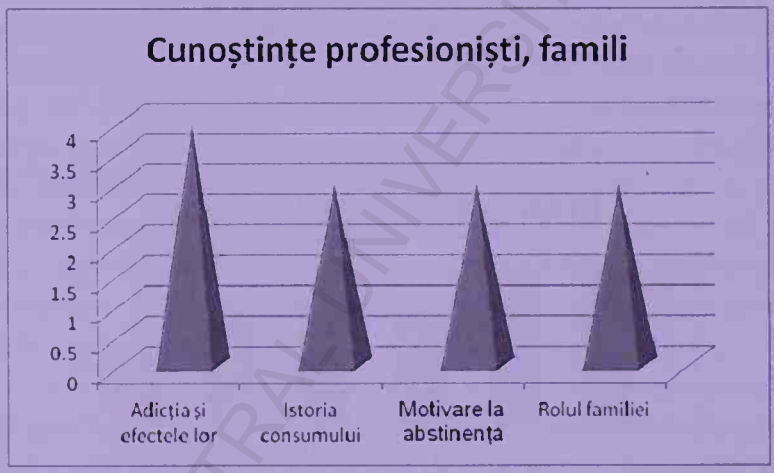
În ce priveşte interacțiunea cu familia, profesioniştii îşi propun să ofere informații legate de adicție şi efectele ei, iar pe loc secund se află implicarea familiei în tratament şi prevenirea ulterioară a recăderii. Este important să observăm că specialiştii îşi propun ca familiile să înțeleagă măcar într-o măsură mică situația co-dependenței lor.



Tabel 4. Informații oferite de profesionişti familiilor

În ce priveşte aşteptările familiilor, în schimb, se poate vedea că acestea au nevoie de specialist pentru a le explica pe înțelesul lor situația drogurilor şi efectele acestora. Datorită faptului că ei nu au experimentat consumul, nu ştiu cum să interpreteze comportamentul membrului din familie care face acest lucru. Mai

mult, familia are nevoie de cineva pregătit în domeniul dependenţelor care să le explice cât mai multe elemente legate de tipurile drogurilor, efectele acestora şi la ce pot să se aştepte în privinţa aceasta de la membrul care le consumă. Din cele două tabele (4 şi 5) se poate observa că aşteptările familiei se întâlnesc cu practica profesională. De aceea, putem conclude că se produce transferul acestor informaţii într-o mare măsură.



Tabel 5. Cunoştinţele necesare profesioniştilor, din perspectiva familie

Comparând tabele 4 şi 5, vedem că, pe de o parte, profesioniştii accentuează informaţional implicarea familiei, iar, pe de altă parte, familia consumatorului aşteaptă ca specialiştii să înţeleagă istoricul consumului şi să poată oferi informaţii referitoare la metodele de motivare la abstinenţă, cerând totuşi informaţii cu privire la implicarea lor. Deci vedem cum atât profesioniştii, cât şi familia manifestă anumite aşteptări de la ceilalţi, care nu par să se intersecteze, în transferul de cunoştinţe. Totuşi, în privinţa rolului familiei, putem să vedem un teren comun în care familia cere

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

informații de la specialiști în acest sens, iar aceștia sunt gata să le ofere.

În prezentarea datelor am văzut că au fost unii beneficiari care au afirmat că nu au preluat informații folositoare de la profesioniști. Există multe situații în care specialiștii nu dețin informațiile solicitate sau poate consideră că nu ține de profesia lor să le cunoască. Pe de altă parte, există și posibilitatea ca beneficiarii să nu accepte informații din cauza percepției personale cu privire la lipsa de experiență a profesionistului. Mai mult, având în vedere că dependența este des asociată unor probleme de comportament și afecțiuni psihice, acest fapt ar putea afecta acceptarea de informații din partea profesioniștilor.

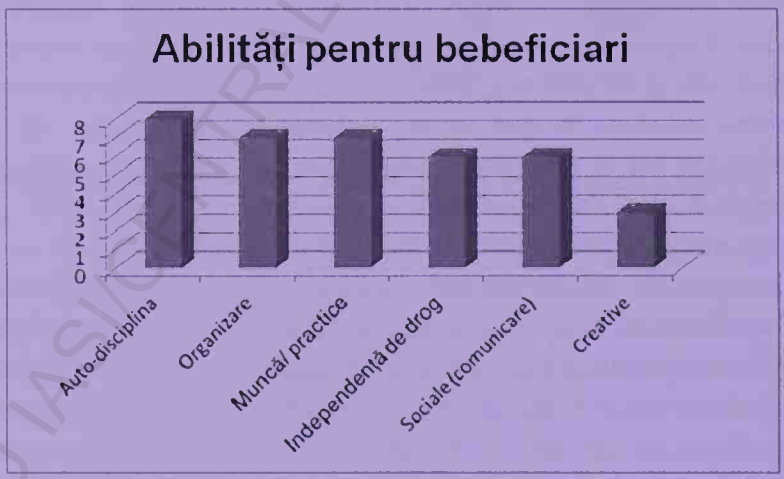
În concluzia interpretării transferului de cunoștințe de la profesionist spre beneficiar și familie, am putea spune că acesta are loc într-o măsură mare, împlinind atât dorința specialiștilor, cât și așteptările beneficiarilor și ale familiilor acestora. Totodată, acest transfer este realizat în practică în aspecte legate de cunoștințele despre droguri și efectele acestora, elemente comportamentale și psihice, cât și în privința responsabilităților pe care beneficiarii și familiile acestora le pot avea. Trebuie să menționăm că atât beneficiarii, cât și familiile acestora pun un accent substanțial pe înțelegerea de către specialiști a mediului de proveniență și a anturajului consumatorului. Această cerință nu trebuie să fie trecută cu vederea, ci, din contră, este important ca obținerea de cât mai multe informații în acest sens să constituie una dintre preocupările cele mai însemnate ale specialiștilor. În același timp, putem spune că respondenții nu s-au limitat la perioada de tratament, ci intenția lor este să vadă că un profesionist cunoaște realitatea fostului consumator și oferă programe de menținere în abstinență și după ce el iese din programul de dezintoxicare propriu-zis. De aceea, beneficiarii sunt preocupați încă de la începutul programului de

perspectiva pe termen lung, dorind să poată observa posibilitățile reale de menținere a abstinenței.

4.1.2 *Abilități*

Transferul de abilități de la profesioniști la beneficiari

Am observat mai sus că, în privința cunoştinţelor, setul informațional are multe elemente comune, în schimb în ce priveşte transferul de abilități practice, acesta prezintă o varietate mult mai mare. În primul rând, profesioniştii doresc să ajute beneficiarii să-şi dezvolte deprinderi practice în domeniul autodisciplinei în aşa fel încât să nu mai fie necesară motivarea extrinsecă şi intervenția exterioară, ci aceştia, cu resursele şi abilitățile practice dobândite, să-şi păstreze statutul de abstinență obținut în urma programelor derulate. Unele dintre aceste programe durează chiar şi 2 ani, tocmai cu scopul de a forma astfel de abilități practice.



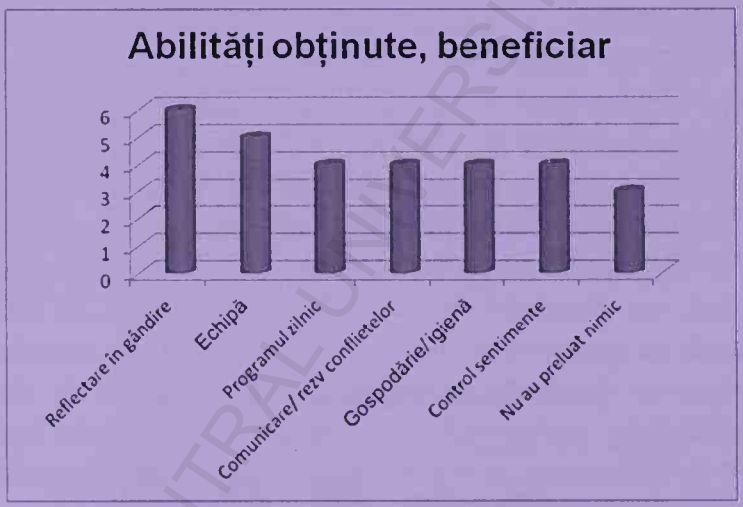
Tabel 6. Abilități oferite de profesioniști beneficiarilor

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Din evaluarea profesioniștilor, beneficiarii au nevoie mai întâi să devină autodidacți pentru a se putea păstra abstinenți (vezi tabelul 6). Mai apoi, beneficiarii au nevoie de abilități de organizare personală, muncă și de activități practice pentru ca aceștia să se poată baza pe ceea ce ei dețin, și nu pe cei din jur. Comparând aceste elemente cu cele prezentate în tabelul 7, care explică ceea ce beneficiari susțin că au preluat de la profesioniști, putem observa că accentul nu este așa de mare pe abilități de muncă și organizare, cât pe abilități sociale și de reflectare asupra propriilor acțiuni. Totuși, se poate spune că autodisciplina corelată cu aceste abilități practice prezintă un mare grad de asumare a responsabilităților față de sine și față de societate, iar din acest punct de vedere se poate afirma că transferul celor mai importante deprinderi este realizat cu succes. Cu toate acestea, răspunsurile mai pragmatice ale profesioniștilor sunt dublate de celelalte elemente implicate în transfer (cunoștințe și atitudini), iar beneficiari nu s-au ferit să le aducă în discuție, împreună cu prezentarea deprinderilor obținute. În schimb, este important de menționat că beneficiarii au observat că, datorită interacțiunii cu profesioniștii, au obținut deprinderi de lucru în echipă, de comunicare, de rezolvare a conflictelor sau chiar controlul sentimentelor, ceea ce nu pare să fie atât de prioritar pe agenda profesioniștilor. Acest lucru comunică faptul că beneficiarii au nevoie evidentă în acest segment de viață, în același timp fiind dispuși să preia astfel de elemente de la specialiștii cu care interacționează și chiar de la rezidenții din comunitățile terapeutice.

Faptul că unii dintre beneficiari au afirmat că nu au reușit să preia nimic (vezi tabelul 7) de la profesioniști se explică în felul următor. În primul rând, interacțiunea acestora a fost minimală și limitată la câteva întrevederi. Din datele pe care le deținem despre cei care au participat și care fie au încheiat perioada de tratament, fie se află actualmente în comunitățile terapeutice, niciunul nu face

parte din această categorie. Mai apoi, putem menţiona faptul că beneficiarii respondenţi au interacţionat mai mult cu alte categorii de profesionişti, nu dintre cei care oferă servicii în domeniul socio-uman. O altă explicaţie este faptul că interacţiunea a avut loc, mai degrabă, în ambulatoriu decât în cadrul unui program zilnic de întrevederi. Astfel se explică de ce nu s-a reuşit un transfer de abilităţi.



Tabel 7. Abilităţi obţinute de beneficiari de la profesionişti

În cadrul cercetării, beneficiarii au fost întrebaţi despre ceea ce ei consideră că este important ca profesioniştii să deţină în domeniul abilităţilor practice. De aceea, se poate observa că beneficiarii au realizat o prioritizare a acestor abilităţi pe care aşteaptă să le observe în practica specialiştilor. Acestea sunt: comunicare, confidenţialitate, capacitate de evaluare a situaţiei beneficiarilor, siguranţa în demersul profesional pe care îl implementează, aprecierea şi încurajarea beneficiarilor şi, nu în ultimul rând, conlucrare cu alţi profesionişti (vezi tabelul 8).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

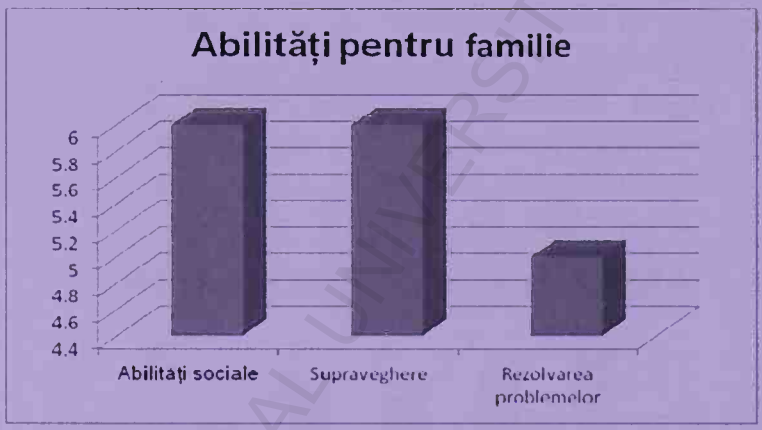
Este evident că beneficiarii se aşteaptă ca profesioniştii în domeniul socio-uman să deţină astfel de abilităţi, chiar dacă în practică beneficiarii au preluat şi alte componente ale vieţii sociale şi productive. Mai mult, toate aceste elemente constituie nucleul profesiei sociale şi se impune să observăm că, în urma experienţelor trăite, beneficiarii sunt capabili să raţioneze un astfel de demers. Acest lucru nu face altceva decât să întărească deja întreaga abordare profesională în asistenţa socială, iar, pe de altă parte, sugerează importanţa menţinerii standardelor de lucru la un nivel ridicat. De aceea, putem concluziona că transferul de abilităţi dinspre profesionişti către beneficiari a fost din nou ridicat, oferindu-le acestora capacitatea reală de menţinere a abstinenţei pe termen lung.

Tabel 8. Abilităţile necesare profesioniştilor, din perspectiva beneficiarilor

Transferul de abilităţi de la profesionişti la familia beneficiarilor

Din datele cercetării reiese că profesioniştii doresc ca şi familia să obţină un set de abilităţi practice pentru prevenirea

recăderii celui drag. Este important, totuşi, să amintim că, în ciuda acestei dorinţe, unii intervievaţi au menţionat faptul că nu deţin resursele şi posibilităţile de a efectua un astfel de proiect. Totuşi, sunt anumite aşteptări clare din partea profesioniştilor ca familiile să deţină abilităţi sociale (comunicare, rezolvarea conflictelor, supraveghere, identificarea soluţiilor pentru problemele vieţii).



Tabel 9. Abilităţi oferite de profesionişti familiilor

Specialiştii înţeleg faptul că fără contribuţia familiei reuşita este pusă sub semnul întrebării, dar, în acelaşi timp, se văd depăşiţi de situaţie. Pe de altă parte, familia este cea care are aşteptările ei în ceea ce-i priveşte pe profesioniştii care tratează cazul membrului din familie. Aşteptările vizează ajutorul sau sprijinul moral şi emoţional oferit familiei; capacitatea de comunicare cu familiile aflate în astfel de situaţii, fără ca acestea să fie puse în situaţia de fi izolate de procesul terapeutic sau de orice altă intervenţie adoptată în cazul celui drag. Mai mult, membrii familiei aşteaptă ca profesioniştii să fie capabili să îi implice în procesul terapeutic sau de tratament, însă nu în calitate de specialişti. Ei doresc să observe că profesionistul are abilităţi de evaluare a situaţiei reale. Un alt element pe care familiile

doresc să-l vadă parte din apanajul profesional al celui care oferă asistența specializată este înțelegerea fenomenelor prin care trece familia. În final, familia dorește să poată continua interacțiunea cu profesioniștii și în perioada postcură.

Tabel 10. Abilități necesare profesioniștilor, din perspectiva familiilor

Comparând cele două tabele (9 și 10) se poate observa că există, în primul rând, dorința de a contribui la rezolvarea problemelor, în multe situații familia fiind dornică să ia parte la procesul de recuperare. Acest lucru este important de înțeles de către profesioniști. Mai apoi, este evident faptul că în acest moment fiecare dintre cele două categorii are așteptări de la cealaltă pentru implicare, fără ca acest lucru să fie suficient de bine comunicat. Aceasta se întâmplă și datorită celor prezentate mai sus, în sensul că familia are anumite priorități în informațiile pe care le așteaptă de la profesioniști (vezi tabelul 5), dar și dificultăți reale în abilitățile sociale de comunicare (vezi tabelul 9).

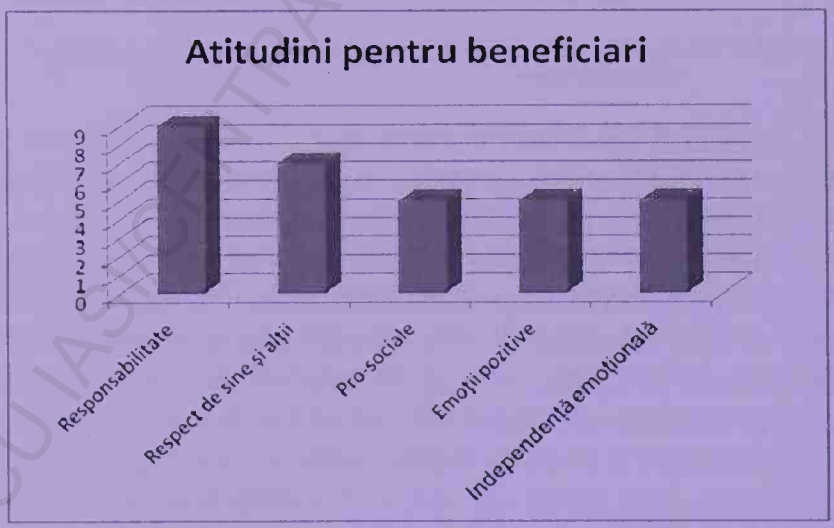
BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Am putea concluziona acest segment prin a afirma că aşteptările familiei consumatorului sunt mult mai mari decât ceea ce momentan pot oferi profesioniştii.

4.1.3 *Atitudini*

Transfer de atitudini de la profesionişti la beneficiari

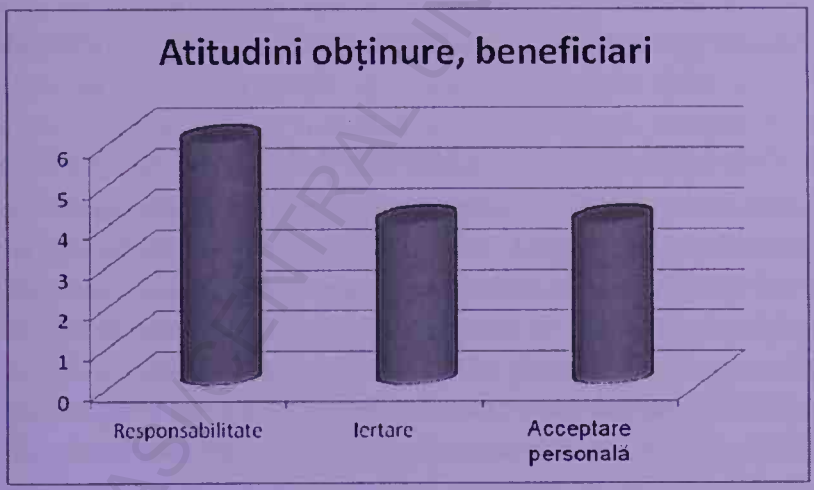
În privinţa setului de atitudini pe care profesioniştii doresc să le formeze în viaţa beneficiarilor se poate spune că cercetarea înregistrează un mare succes. Toate cele trei atitudini pe care beneficiarii au precizat că le-au obţinut (vezi tabelul 12) se regăsesc în atitudinile pe care profesioniştii şi le propun să le promoveze pentru beneficiari (vezi tabelul 11). Pe de altă parte, aşa cum era de prevăzut, aşteptările profesioniştilor sunt mai ridicate decât realizările, iar acest lucru demonstrează că direcţia în care se lucrează este potrivită, dar mai este nevoie de parcurgerea unor etape spre completarea întregului demers (vezi tabelul 11).



Tabel 11. Atitudini transferate de profesionişti spre beneficiari

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Dorința profesioniştilor ca beneficiarii să obțină independența emoțională este destul de ambițioasă comparativ cu ceea ce aceştia au afirmat că au obținut. Totuşi, începuturile sunt evidente, mai ales că acceptarea personală este una dintre atitudinile achiziționate de beneficiari. În acelaşi timp, se poate observa o altă atitudine ce conduce spre acelaşi obiectiv, şi anume iertarea de sine, dar şi iertarea față de ceilalți pentru greşelile acestora. Aşa cum am observat în prezentarea datelor, profesionişti au afirmat că familiile comit greşeli şi de aceea este nevoie să le ofere o serie de informații în legătură cu responsabilitățile şi rolul pe care acestea îl pot avea în recuperarea celui drag. Tocmai aceste greşeli îşi găsesc finalul în atitudinea de iertare manifestată de beneficiar, atitudine ce se obține cu ajutorul profesioniştilor.



Tabel 12. Atitudini obținute de beneficiari de la profesionişti

În cadrul cercetării efectuate, unii dintre beneficiari au discutat despre sentimentul de vinovăție indus lor de către anumiți specialişti, lucru pe care aceştia nu îl apreciază datorită faptului că

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

demonstrează o înțelegere greşită a cauzelor consumului şi atacă persoana, nu problema. Pe de altă parte, beneficiarii nu încearcă să se sustragă de la asumarea responsabilităților față de problemele generate de ei, dar inducerea acestui sentiment este distructivă pe termen lung şi nu conduce la construirea încrederii în posibilitatea recuperării lor. Beneficiarii au nevoie de ajutor din partea altor profesionişti pentru a ajunge la o iertare completă.

Pe lângă achiziția unor atitudini evidente de către beneficiar prin interacțiunea cu profesionştii, aceştia au adus în discuție o serie întreagă de atitudini pe care profesionştii ar trebui să le demonstreze în relația cu ei. Aşteptările lor sunt bine conturate în tabelul 13 şi prezintă elemente specifice unei relații, mai degrabă de prietenie decât profesională, specialist – client/beneficiar. De aici putem concluziona că beneficiarii doresc dezvoltarea unei relații bazate pe principii sociale naturale, înlăturând mediul artificial de laborator/cabinet/birou sau altele de acest gen, care să inducă sentimentul că beneficiarul este bolnavul sau consiliatul care are nevoie de specialist. Mai degrabă, s-ar putea spune că acesta caută prieteni, şi nu specialişti, iar ajutorul pe care ei îl apreciază vine din atitudini cum ar fi: grijă, modestie, bunătate sau încredere (vezi tabelul 13). Un element important îl constituie abordarea „normală", după cum o numesc ei, caracterizată şi prin lipsa de învinovățire pentru starea în care se află. Mai mult, beneficiarii au ajuns la concluzia că preferă o abordare individualizată, şi nu una generală şi formală. Aceştia au specificat că preferă ca orice intervenție să fie destinată situației lor specifice, indiferent dacă şi alții au mai trecut prin acest proces. Cu alte cuvinte, ei consideră că experiența lor este unică şi, de aceea, intervenția trebuie să fie la fel.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabel 13. Atitudini necesare profesioniștilor, din perspectiva beneficiarilor

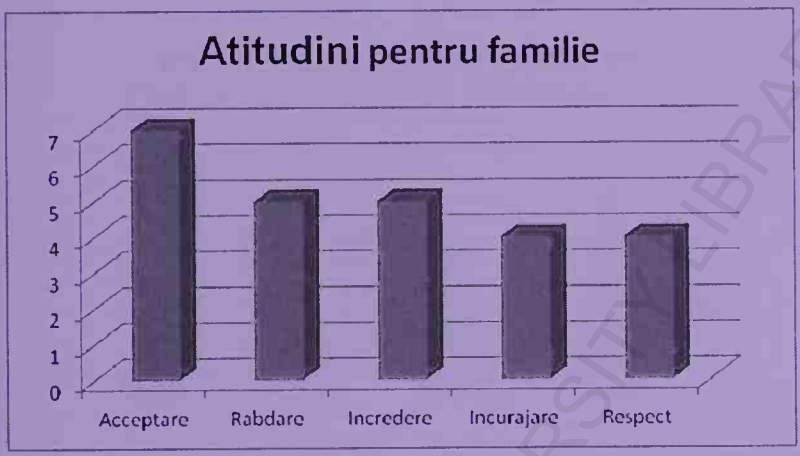
Transfer de atitudini de la profesioniști la familiile beneficiarilor

Sunt câteva informații pe care trebuie să le explicăm înainte de a face analiza și interpretarea acestui segment de informații. În primul rând, persoanele intervievate dintre membrii familiei au anticipat întrebările și au răspuns înainte de a le fi adresată întrebarea. Astfel că răspunsurile lor se găsesc pe întreg interviul transcris, iar analiza a fost efectuată luând informațiile necesare din orice parte a interviului. Mai apoi, în multe situații, participanții s-au gândit la ce anume au experimentat, mai mult decât la ce anume ar dori să se întâmple. Acest lucru a avut loc datorită trăirii puternice pe care membrii familiei o manifestă la interacțiunea cu un alt profesionist. Mai apoi, aceștia au explicat experiențe mai mult decât să răspundă concret la întrebări, iar acest lucru se explică prin faptul că ei nu au fost ajutați până acum să reflecteze asupra a ceea ce li s-a

întâmplat. Ei nu au capacitatea să facă o analiză critică pozitivă a experiențelor avute în situația dependenței celui drag şi cu atât mai puțin a co-dependenței lor. Acest element l-au preluat din ceea ce li s-a spus, la nivel informațional, dar puțini reuşesc să înțeleagă simptomele reale cu care se confruntă în calitate de co-dependenți.

Din tabelul 14 se poate observa că profesioniştii doresc ca familiile să dezvolte un set de atitudini foarte bine conturate față de consumatorul care este membru al familiei. Este evident că familiile se confruntă cu problema acceptării celui drag care prezintă probleme de dependență. Este adevărat că acest aspect poate fi argumentat mult mai adecvat din punct de vedere psihosocial, dar pentru cercetarea de față este important să remarcăm dorința profesioniştilor de a dezvolta astfel de atitudini pentru familiile persoanelor dependente. Acest lucru comunică faptul că specialiştii recunosc atât în teorie, cât şi în practică importanța acestui element şi, mai apoi, manifestă dorința reală de a corecta o astfel de problemă.

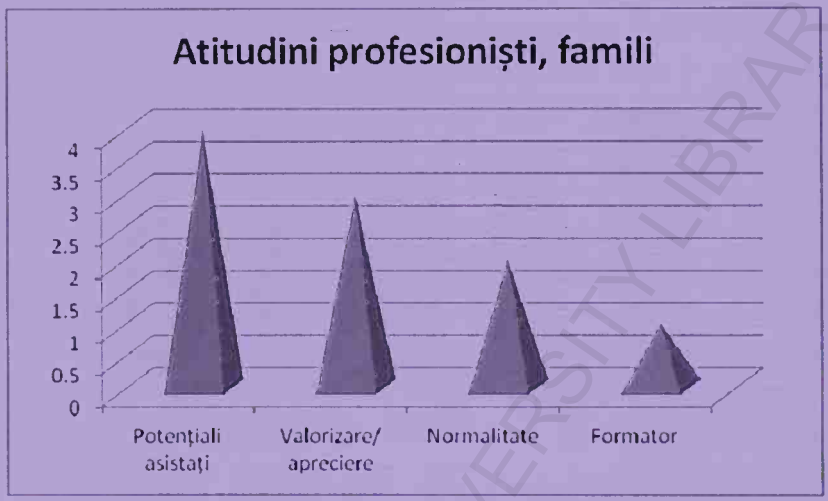
În tabelul de mai sus (tabelul 14) putem vedea faptul că profesioniştii accentuează nevoia familiilor consumatorilor de a dezvolta atitudini de răbdare şi încredere față de progresul şi reuşita beneficiarului în procesul de recuperare. În acelaşi timp, se observă din tabel că există o lipsă de încurajare şi respect față de beneficiar din partea familiei acestuia. Toate aceste atitudini sunt preponderent îndreptate spre beneficiar, ceea ce ne comunică faptul că, în primul rând, profesioniştii au mare acces la familiile acestora, iar, în al doilea rând, nevoia de intervenție în relațiile de familie este evidentă. Chiar dacă aceste atitudini sunt studiate în contextul consumului de droguri, totuşi se poate afirma că nevoile de educație socială sunt prezente. Astfel că, dezvoltarea de atitudini specifice pe care familia să le adopte este foarte importantă în şansele de reuşită pro-abstinență.



Tabel 14. Atitudini dorite de profesioniști în familia consumatorului

În ce privește percepția familiei consumatorilor cu privire la atitudinile pe care specialiștii ar trebui să le adopte față de ei ca familie, respondenții au menționat mai întâi nevoia de a fi abordați ca potențiali asistați. Ei consideră că specialiști au nevoie să înțeleagă că și ei au dificultăți peste care nu pot să treacă din cauza lipsei de informații sau de abilități practice. Astfel că familia îi consideră pe specialiști ca fiind persoanele potrivite pentru a-i oferi ajutorul. Totuși, acest lucru nu reduce cu nimic din valoarea și demnitatea pe care membrii familiei le au în relațiile cu specialiștii (vezi tabelul 15), de aceea ei pun accentul și pe faptul că profesioniștii trebuie să îi trateze cu apreciere și să fie în măsură să extragă în mod pozitiv acele elemente pe care familia le poate oferi în prevenirea recăderii. Pe de altă parte este clar că, în anumite situații, profesioniștii nu dezvoltă o relație de normalitate prin care raportul dintre ei să fie bazat pe relații benefice. Astfel de elemente trebuie corectate, fiind nevoie ca specialiștii să înțeleagă percepția pe care familia o are despre ei.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Tabel 15. Atitudini necesare profesioniştilor, din perspectiva familiilor

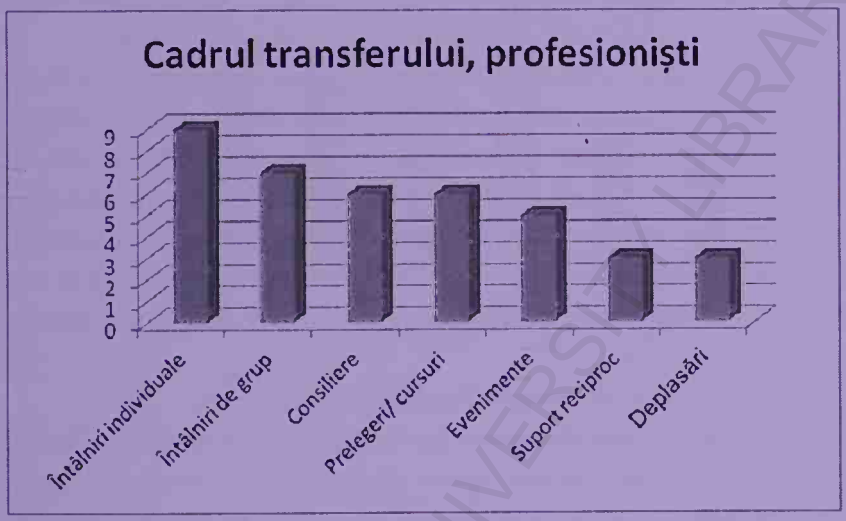
Interesant este faptul că familiile îi consideră pe profesionişti ca fiind persoane de la care ele pot învăța şi prelua cunoştințe, abilități şi atitudini corecte. Cu o astfel de abordare se poate spune că deschiderea lor oferă specialiştilor posibilități nelimitate în a-i forma, educa şi instrui cu privire la toate aspectele prezentate mai sus.

4.1.4 *Cadrul transferului către beneficiari şi familiile acestora*

Cadrul transferului din perspectiva profesioniştilor

În primul rând, specialiştii apreciază că întâlnirile individuale cu beneficiarii sunt cadrul cel mai potrivit pentru a realiza acest transfer de informații, abilități şi atitudini (vezi tabelul 16). Aceste întâlniri sunt intenționat centrate pe acest transfer, nefiind vorba despre o simplă întrevedere, ci de discuții care au stabilite obiective şi strategii în acest sens.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Tabel 16. Cadrul transferului menționat de profesioniști

Întâlnirile în grupuri de suport constituie o altă modalitate prin care se realizează transferul, dar, de data aceasta, setul de cunoştinţe, abilităţi şi atitudini nu este exclusiv de la profesionişti la beneficiar, ci are loc şi între beneficiari şi, eventual, între beneficiar şi familia acestuia. Iată deci cum specialistul promovează o modalitate prin care procesul de recuperare nu depinde în mod exclusiv de el, ci se realizează şi cu ajutorul celorlalţi participanţi la program şi, eventual, în prezenţa familiilor beneficiarilor.

De abia pe locul al treilea este menționată consilierea individuală. E nevoie să amintim că nu toţi intervievaţii sunt psihologi, dar este recunoscută importanța şi locul consilierii de către toţi profesioniştii intervievaţi. În acelaşi timp, şi din perspectiva profesioniştilor, seminariile şi prelegerile teoretice susţinute de către specialişti şi invitaţii acestora constituie un format important în preluarea de informaţii, abilităţi şi atitudini. Bineînţeles că acest

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

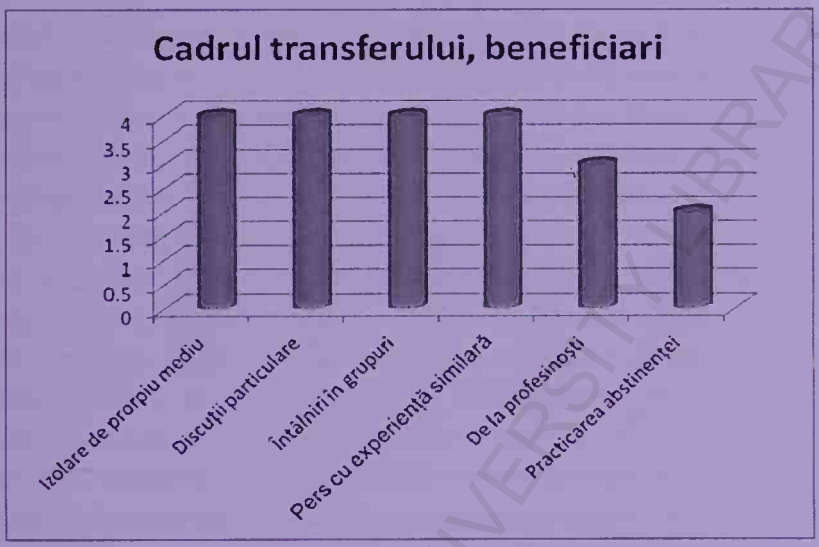
lucru este reflectat din practică, şi anume o bună parte dintre respondenţi organizează serii de astfel de prelegeri şi cursuri.

Mai apoi, specialiştii iniţiază diverse evenimente având ca obiectiv îndrumarea beneficiarilor în cele trei aspect deja menţionate. Aceste evenimente sunt zilele de naştere sau sărbătorile, iar ele sunt destinate pentru a oferi un cadru relaxant, dar şi pentru încercarea de a forma atitudini sociale potrivite. În acest sens putem menţiona şi suportul reciproc pe care beneficiarii sunt încurajaţi să-l ofere unui altuia atât în activităţile zilnice, cât şi în situaţiile dificile sau fericite.

Cadrul transferului din perspectiva beneficiarilor

În ce priveşte răspunsurile oferite de către beneficiari asupra cadrului de transfer, putem spune că aceştia au o evaluare similară cu a specialiştilor, doar că pe primul loc aceştia au plasat importanţa realizării transferului într-un mediu izolat de mediul de proveniență. Aceştia consideră că pentru o reuşită clară şi cu rezultate evidente este nevoie ca persoana consumatoare să fie luată din cadrul familiei sau de sub influenţa prietenilor (vezi tabelul 17). Acest lucru pune în dificultate programele ambulatorii de tratament, chiar şi pe cele din spitalele care au secţii de tratament, dar care nu oferă celelalte elemente deja menţionate (întâlniri individuale, întâlniri de grup, consiliere etc.).

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Tabel 17. *Cadrul transferului, menționat de beneficiari*

Dezvoltarea abilităților şi atitudinilor are loc în timp şi evoluează în funcție de progresul pe care beneficiarii îl înregistrează. De aceea, pe măsură ce vor aprecia persoana pe baza experienței şi a profesionalismului acesteia, dar, totodată, vor avea mai multe responsabilități, beneficiarii pot practica abstinența într-un cadru supravegheat, ceea ce asigură continuitate şi după perioada de program terapeutic. Este important să menționăm faptul că practicarea abstinenței, deşi este menționată pe ultimul loc, denotă un grad ridicat de reflectare demonstrat din partea beneficiarilor. Mai mult, practicarea abstinenței este, la rândul ei, o deprindere ce poate fi învățată şi constituie dezideratul tuturor părților implicate în acest demers, profesionişti, beneficiari şi familiile acestora.

Dacă nu am fi efectuat o cercetare empirică, am fi putut trage concluzia greşită că nivelul informațional preluat de beneficiari ar

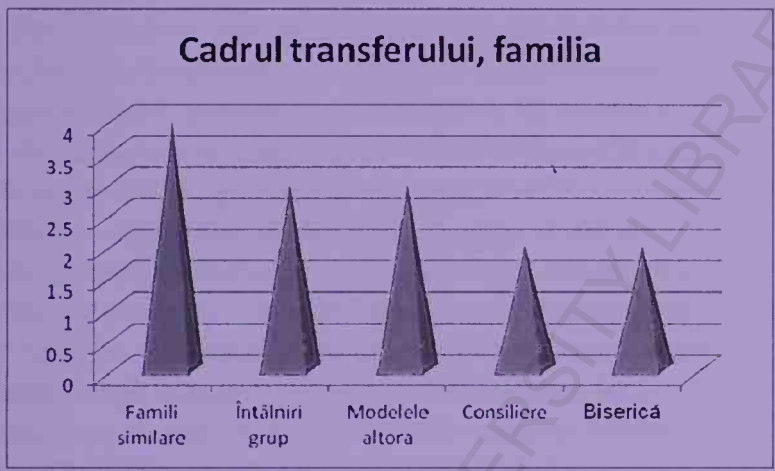
putea fi mai dezvoltat decât cel al abilităţilor şi atitudinilor. Totuşi, din răspunsurile participanţilor putem observa că sunt mult mai multe elementele practice şi atitudinale decât cele teoretice pe care aceştia le-au achiziţionat în relaţia cu specialiştii. Sunt câteva posibile explicaţii ale acestui fenomen. În primul rând, consumatorii sunt mai deschişi şi capabili să preia abilităţi şi atitudini prin imitare şi practicare, decât să reţină informaţii teoretice. Mai apoi, cele mai multe situaţii cercetate au fost în comunităţile terapeutice unde acceptul puternic a fost pus pe dezvoltarea abilităţilor şi atitudinilor. În al treilea rând, participanţii sunt mai capabili să ofere informaţii despre ceea ce fac şi simt decât dacă analiza s-ar realiza în mod abstract prin interpretarea informaţiilor teoretice obţinute. De aceea, putem concluziona că beneficiarii apreciază cadrul în care pot să fie atât înconjuraţi de persoane cu experienţe similare, cât şi de profesionişti, pentru a putea practica abstinenţa şi astfel aceasta se sedimentează oferind siguranţă pentru viitor.

În altă ordine de idei, beneficiarii afirmă că familia nu poate să-i ajute, ci dependentul valorizează doar contribuţia adusă de profesioniştii sau de alţi dependenţi. Unul dintre participanţi spune că a învăţat mai mult de la prietenii cu care au fost împreună, iar mai apoi aceştia erau persoanele motivatoare pentru schimbare.

Cadrul transferului din perspective familiilor beneficiarilor

În tabelul 18, familiile consumatorilor menţionează, în primul rând, cadrul familiilor cu experienţă similară ca fiind cel mai potrivit pentru a prelua elementele studiate în această lucrare. Se înţelege deci faptul că acestea apreciază comunicarea cu alte familii şi consideră că pot învăţa de la ele.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Tabel 18. Cadrul transferului, menționat de familia consumatorului

Totuşi, este bine de menționat faptul că unii dintre respondenți au avut experiențe în care specialistul a generat sentimente de vinovăție şi judecată. Cu toate acestea, familia consumatorului continuă să apeleze la ajutorul profesioniştilor în găsirea celor mai bune soluții pentru situația generată de consumul de droguri.

Respondenții consideră că modelele adoptate de alții aflați în situații similare sunt relevante pentru ei în încercarea de a găsi soluțiile potrivite. Putem concluziona că deschiderea spre aceste familii este un element ce trebuie folosit mai intens de către profesioniști, cu atât mai mult cu cât specialiştii nu se regăsesc atât de prezenți în răspunsurile familiilor consumatorilor.

Un alt cadru în care familia beneficiarului consideră că acumulează elementele necesare pentru a preveni apariția unui nou consum este biserica. Aici ei învață multe aspecte morale, sociale şi de suport. De aceea, este important de ştiut atât puterea pe care o are

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

această instituţie în prevenirea recăderii, dar, în acelaşi timp, şi modalităţile prin care poate fi accesată această resursă comunitară.

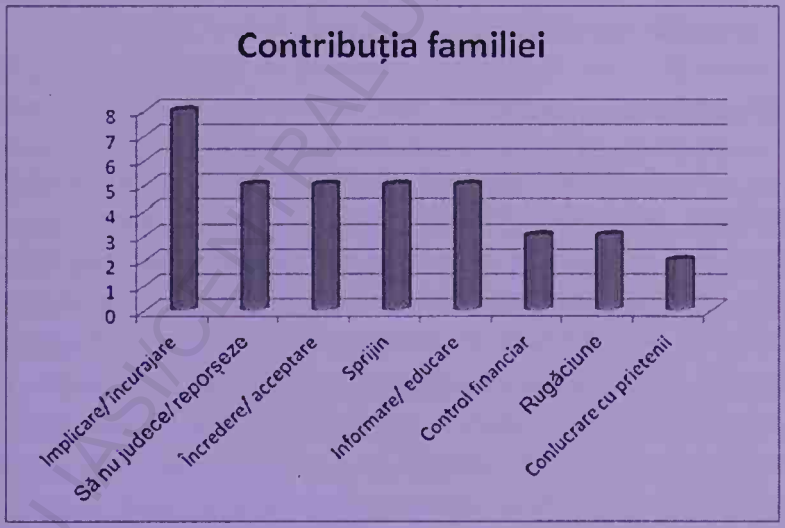
În încercarea de a răspunde la întrebarea despre modul în care ar putea fi ajutate familiile să intervină la momentul în care dependentul a ajuns la schimbare, adică după întoarcerea acasă, unul dintre părinţi a spus că toate aceste informaţii, abilităţi şi atitudini le-a obţinut după externarea membrului familiei care a suferit de dependenţă. Fostul consumator a venit acasă şi a stat de vorbă cu familia pentru a o instrui cum să acţioneze în cazul lui. Le-a explicat care sunt factorii declanşatori, ce îi face să fie vulnerabili, cum să poată citi semnele unui potenţial consum, ce cuvinte să folosească, ce expresii nu ajută, ce atitudini sunt dăunătoare şi multe alte elemente practice şi atitudinale care sunt destinate întăririi relaţiei şi conlucrării pentru reuşita abstinenţei.

4.1.5 *Contribuţia familiei la prevenirea recăderii*

Răspunsurile beneficiarilor cu privire la contribuţia familiei sunt destul de elocvente pentru studiul de faţă. În primul rând, ei consideră că familia poate fi sursa cea mai mare de încurajare pentru reuşita lor. Chiar dacă uneori familia nu este suficient de alertă la situaţia prin care consumatorii trec, cu toate acestea implicarea membrilor acesteia este vitală pentru recuperare şi menţinerea abstinenţei. Un alt element este cel de lipsă a reproşurilor sau de învinovăţire a consumatorului (vezi tabelul 19). Acest lucru dăunează foarte mult nu doar în relaţia lor, ci mai ales în reuşita recuperării. Atunci când beneficiarii se simt sub presiunea unei judecăţi impuse de familie, aceştia consideră că ajutorul venit din această relaţie este minim. Mai mult, în loc de învinovăţire, beneficiarul apreciază suportul şi încurajarea spre reuşită, ceea ce le demonstrează un climat de acceptare oferit de familie. A trata cu respect şi acceptare o persoană ca s-a drogat nu este un lucru simplu,

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dar dorința lor de a fi tratați astfel provine din faptul că aceasta este noua lor „normalitate." Experiența consumului este parte din personalitatea lor şi, de aceea, dacă familia doreşte să-i ajute trebuie să îi accepte cu această „normalitate" pe care ei o prezintă. Acest lucru nu înseamnă că acceptă problema, de aceea „normalitate" nu se referă la îngăduința problemei de care ambele părți vor să se ocupe, ci „normalitate" are de a face cu experiența pe care consumatorul nu o poate înlătura, ci este parte din el. A arăta dragoste şi acceptare față de un consumator înseamnă să demonstrezi că îl tratezi ca un întreg, inclusiv problema cu care el se confruntă şi pe care doreşti împreună cu el să o schimbi. Putem astfel să concluzionăm că un cadru potrivit creat de membrii familiei poate contribui substanțial la recuperarea şi menținerea abstinenței beneficiarului.



Tabel 19. Contribuția familiei, din perspectiva consumatorului

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Informațiile primite de la familie sunt şi ele apreciate de beneficiari. Cu ajutorul familiei, beneficiari pot fi educați în privința efectelor drogurilor, programelor existente în recuperare, dar şi grupurilor de suport ce pot fi accesate odată ce aceştia se află înapoi în cadrul familiei. Mai mult, familia deține un rol important în administrarea resurselor pe care le deține şi, astfel, o bună organizare financiară poate contribui mult la prevenirea recăderii. Totodată, suportul familiei poate fi demonstrat şi prin rugăciune, după cum afirmă beneficiarii sau chiar prin inițierea unei colaborări cu prietenii care pot contribui la recuperare şi, ulterior, la menținerea abstinenței. Grupurile de suport pe care familia le poate contacta sunt atât cele specializate, cât şi, eventual, cele religioase, pentru a crea o nouă comunitate şi un cerc de prieteni în jurul celui care iese din programul terapeutic. Iată cum familia deține diverse mecanisme de îmbunătățire a situației dependenței şi, în acelaşi timp, poate să prevină posibilele recidive.

4.2. Rezultatele cercetării

Primul obiectiv pe care l-am stabilit pentru cercetare a fost să identificăm setul de cunoştințe, abilități şi atitudini pe care profesionişti le dețin şi care sunt transferate către beneficiar şi familia acestuia. Acest obiectiv a fost îndeplinit prin evidențierea multitudinii de informații şi cunoştințe teoretice conceptualizate în informații despre diversele aspecte psihosociale ce stau la baza relațiilor umane şi a situației consumului de droguri. Mai mult, am identificat o serie de abilități şi atitudini concrete pe care profesioniştii doresc să le observe că se formează atât în ceea ce-i priveşte pe consumatori, cât şi rețeaua lor de suport. După evidențierea acestor elemente am analizat dacă şi cum sunt ele preluate de către beneficiari şi familiile acestora şi am concluzionat

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

că există un grad ridicat de transfer care are loc dinspre profesioniști spre beneficiari și familiile lor.

Al doilea obiectiv pe care ni l-am propus a fost să explicăm cadrul situațional în care are loc transferul setului de cunoștințe, abilități și atitudini și am înțeles din interpretarea triangulară a cercetării că, în mod special, interacțiunea individuală este cea mai potrivită pentru profesioniști și beneficiari, iar pentru familii este important să aibă loc într-un cadru cu persoane ce prezintă situații similare. Elementul central în analiza cadrului transferului îl prezintă unitatea de timp în care are loc acest transfer și am concluzionat că o perioadă mai mare de timp oferă șanse mai mari pentru reușită. Un alt element vital este cadrul organizatoric în care se desfășoară întreg procesul, despre care toți participanții, dar în mod special beneficiarii, au afirmat că trebuie să aibă loc într-un decor izolat de mediul de proveniență.

Cel de al treilea obiectiv stabilit al cercetării a fost să înțelegem mecanismul de prevenție al recăderii, oferit de rețeaua de suport (formală și informală), prin capacitarea beneficiarului cu informații, abilități practice și atitudini corecte. De aceea, am studiat așteptările beneficiarilor și ale familiilor acestora față de pregătirea teoretică a profesioniștilor, aptitudinile pe care aceștia le dețin, dar și față de atitudinile pe care le manifestă. Totodată, am încercat să observăm care este rolul pe care familia îl joacă în prevenirea recăderii.

În ce privește situația pregătirii teoretice a profesioniștilor, atât beneficiarii, cât și familiile acestora presupun că școala pe care aceștia o urmează le oferă toate elementele necesare practicării bune a profesiei. Așteptarea lor ca viitori specialiști să fie bine pregătiți după absolvirea școlii este validă și de aceea trebuie să fie intenționat centrată pe aceste aspecte pentru ca profesionistul să-și însușească întregul set de cunoștințe, abilități și atitudini identificat

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

în prezenta cercetare. Astfel că, din cercetare putem observa că există o serie de elemente menţionate de beneficiari şi de familiile acestora şi care se regăsesc în pregătirea pentru profesia de asistent social. Vom menţiona aici doar câteva dintre ele, şi anume: evaluarea socială a mediului de provenienţă, individualizarea intervenţiei, confidenţialitatea, respectul sau comunicarea. Este cert că beneficiarii nu au de unde să ştie ce principii şi ce valori guvernează profesia de asistent social, ci această aşteptare le-a fost dezvoltată datorită experienţelor nefaste pe care le-au avut cu unii profesionişti. De aceea, unii dintre beneficiari au considerat că această cercetare poate fi un mijloc prin care pot să transmită un mesaj viitorilor sau actualilor profesionişti în domeniu, în vederea motivării acestora la o pregătire temeinică. În acelaşi mod se poate discuta şi despre familie beneficiarilor care aşteaptă ca abordarea profesioniştilor să fie individualizată şi realizată pe baza unei evaluări sociale corecte a situaţiei prin care trece fiecare beneficiar sau membru al familiei.

În primul rând, putem spune că o bună pregătire a profesioniştilor este manifestată prin echiparea acestuia în vederea derulării mecanismul de asigurare în prevenirea recăderii, tocmai prin realizarea transferului de cunoştinţe, abilităţi şi atitudini către beneficiar pentru a-l capacita să fie „propriul lui terapeut", după cum afirma unul dintre cei intervievaţi.

În al doilea rând, familia joacă un rol extrem de important în sistemul de prevenire a recăderii. În multe dintre interviuri, profesioniştii au afirmat că nu deţin suficiente resurse de personal şi financiare pentru a se putea ocupa şi de familiile consumatorilor şi, de aceea, lucrul cu acestea este destul de limitat în momentul de faţă. Totuşi, ei au recunoscut importanţa unei astfel de programe şi sunt conştienţi de rolul important pe care familia îl joacă în reuşita abstinenţei. Astfel că profesioniştii doresc să ajute familiile, sfătuindu-le să nu ofere ţigări sau alcool pentru a sărbători vreun

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

eveniment. Acestea sunt elemente declanşatoare, care foarte uşor duc la reluarea consumului. Chiar dacă par inofensive, aceste lucruri sunt foarte legate de experiența anterioară a consumatorului, de aceea este înțelept ca familia să nu pună în pericol progresul obținut cu atâta efort. Situația declanşatorilor este foarte importantă, deoarece odată ce consumatorul reuşeşte să se ferească de expunerea la astfel de medii, ar putea fi protejat într-o măsură foarte mare. Totuşi, elementele declanşatoare nu sunt totdeauna uşor de identificat şi nu vin de fiecare dată anunțând sosirea lor. Drept urmare, este important ca, pe lângă semnele legate de factorii declanşatori, să existe şi alte mecanisme de a devia dorința de consum prin elemente practice care pot asigura succesul.

Mai mult, profesionişti au spus că este important ca familia să se informeze cât mai bine despre situația drogurilor. Totuşi, aceste informații nu sunt suficiente dacă provin doar din mediu de tip internet sau doar din cărți. Cel mai indicat este ca membrii familiei să consulte specialişti care au experiență în acest domeniu. Aceşti specialişti pot fi găsiți în diverse centre şi instituții, dar este important ca informațiile să nu se limiteze la aspecte medicale, ci să explice celor implicați şi elementele psihologice şi relaționale, de exemplu. Mai apoi, nu este suficientă doar informarea, ci este bine ca părinții să consulte profesioniştii care fac consiliere şi care îi pot ajuta să obțină informații, abilități şi atitudini corecte față adolescentul/ tânărul care a consumat substanțe. În acelaşi timp, este nevoie să menționăm că nu toate centrele au capacitatea şi resursele de a informa şi ajuta părinții, de aceea ei trebuie să nu renunțe până când nu sunt sprijiniți concret în obținerea acestor informații.

Este adevărat că, în multe situații, familia fie nu există, fie are mari disfuncționalități. Alteori membrii familiilor comit multe greşeli sau nu se află într-o relație apropiată cu consumatorul. De aceea, atunci când acesta ajunge la momentul în care caută echilibru

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

emoțional simte nevoia de a-şi ierta familia pentru toate greşelile comise şi abia apoi să se ierte pe sine înşişi. Această iertare este un element vital de echilibru între beneficiari şi societate, oferind elementele de integrare necesare contribuției la comunitate şi la demersul social.

Toate aceste elemente constituie un sistem integrat de menținere a abstinenței şi prevenirea recăderii în consumul de droguri.

În finalul acestei cercetării, putem concluziona că, pe baza dovezilor necesare obținute în urma cercetării, ambele ipoteze sunt validate. În primul rând, cu cât beneficiarii intervievați au afirmat că dețin informații corecte, abilități practice specifice şi atitudini societal pozitive, cu atât menținerea abstinenței s-a păstrat mai mult. În al doilea rând, beneficiarii au discutat şi experiențele de tratament anterioare pe care le-au comparat cu ultima formă de tratament, dezvoltând ideea că profesioniştii care i-au ajutat în a doua încercare au fost mult mai capabili să le ofere sprijinul şi au generat succesul de care se bucură acum. Acest lucru s-a întâmplat datorită capacității profesioniştilor de a transfera cunoştințe, abilități şi atitudini necesare prevenirii ulterioare a reluării consumului.

4.3 Concluzii finale şi propuneri

Concluziile vor cuprinde următoarele elemente: „stadiul actual al cunoaşterii temei, punctele de vedere referitoare la problemă, elementele de noutate aduse de studiu, aplicativitatea rezultatelor, limitele investigației şi posibilele direcții de urmat în cercetările viitoare."[243]

[243] Septimiu Chelcea, *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative şi calitative* (Bucureşti: Editura Economică, 2004), pag. 623

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

4.3.1 *Discuții despre implicarea familiei*

Într-un studiu efectuat între anii 1996 şi 2000, la Bucureşti, în cadrul secției de dezintoxicare a unui spital, cercetătorul a observat că vârsta predominantă a pacienților (aproape 30%) era de 18-20 ani. Una dintre concluziile la care ajunge autorul studiului spune că: „Ceea ce este alarmant este faptul că familia descoperă consumul de drog al tânărului după aproximativ un an şi jumătate, timp în care modificările comportamentale generate de consum sunt ignorate de grupul parental"[244]. Este adevărat că mulți dintre beneficiarii (dar şi familiile) intervievați au interacționat cu profesioniştii din domeniul spitalicesc care sunt centrați pe a oferi informații şi servicii medicale. Astfel că setul de cunoştințe, abilități şi atitudini ar putea fi diferit decât cel al asistenților sociali. Afirmând aceste aspect, nu intenționăm să aruncăm o lumină negativă asupra unei alte categorii de profesionişti, ci, mai degrabă, să accentuăm necesitatea unei colaborări între toți profesioniştii care activează în domeniul dependențelor, pentru ca, printr-o conlucrare strânsă, să existe schimbul acestor seturi la nivel de profesioniști atât în etapa de dezintoxicare (preponderent medicală), cât şi în perioada postcură de tratament ce vizează aspectele psihice ale dependenței.

În urma prezentei cercetări am concluzionat că implicarea familiei se poate realiza datorită deschiderii acesteia față de aportul profesioniştilor şi a considerației pe care membrii acesteia o au față de specialist. Pe de altă parte, am observat că instituțiile care oferă servicii în acest domeniu nu dispun de capacitatea şi nici de resursele necesare să ofere prea mult suport familiilor. De aceea, considerăm că pe viitor este extrem de important ca atât instituțiile statului, cât şi cele private să investească mult mai mult în educarea şi pregătirea familiilor consumatorilor cu scopul explicit de a

---

[244] Daniel Vasile, *„Dependența de heroină – corelație cu trăsăturile de personalitate"* (Universitatea de Medicină şi Farmacie Carol Davila, 2001), pag. 478

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

preveni recăderea. O astfel de abordare s-ar putea să aducă în România mai multe rezultate decât putem anticipa în acest moment. În contextul în care se observă că părinții prin propriile lor eforturi, din cauza bagajului redus de cunoştinţe, abilităţi şi atitudini, nu reuşesc să stopeze fenomenul consumului ce se derulează chiar sub ochii lor, rămânând neputincioşi în faţa creativităţii propriilor copii care nu doar maschează consumul, dar şi folosesc resursele familiei pentru a-şi alimenta patima, este important ca acest set (compus din cele trei elemente) să fie transferat părinţilor în vederea dezvoltării unui scut real atât pentru apărarea copiilor în faţa bombardamentului morţii albe, cât şi pentru protejarea celulei societăţii – familia.

În studiul transferului de abilităţi pe care familia le preia de la profesionist am descoperit că este importantă implicarea familiei în procesul de recuperare. Astfel că, se impune ca profesioniştii să facă acest lucru în mod real, găsind acele posibilităţi prin care contribuţia familiei să conteze, iar, mai apoi, dacă specialişti îşi doresc ca beneficiarii să fie proprii lor terapeuţi, de ce nu ar dori ca familia să fie grupul lor de suport şi co-terapeuţi? Este adevărat că acest lucru presupune o investiţie mai importantă, dar, în acelaşi timp, garantează succesul într-o măsură mai mare. Mai apoi, datorită faptului că se ajunge greu la părinţii consumatorilor, este necesară intervenţia pe linie şcolară şi astfel părinţii să „revină la şcoală" pentru a-i ajuta pe proprii lor „copii", care de acum sunt adolescenţi sau chiar tineri adulţi. Această revenire în băncile şcolii este atât benefică, cât şi vitală în prevenirea recăderii, prin echiparea intenţionată a celor care au experimentat situaţia co-dependenţei. Mai mult, extrem de util ar fi un ghid practic de pregătire,[245] care să fie atât accesibil, cât şi prelucrat părinţilor şi potenţialilor dependenţi, fie prin reţele specifice de educaţie, fie prin programe de

[245] Ibid, pag. 335–364

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

informare la nivel de comunități pentru prevenirea consumului şi echiparea familiei pentru detectarea consumului. Este adevărat că un astfel de ghid poate părea greoi pentru cineva care nu este familiarizat cu niciunul din termenii folosiți sau care nu are capacitatea de a acumula astfel de informații fără ajutor din partea unui adult.

Această cercetare a evidențiat importanța familiei în prevenirea recăderii în consumul de droguri, dar, în acelaşi timp, a demonstrat lipsa focalizării pe familie în lupta împotriva acestui flagel. Cu alte cuvinte, specialiştii recunosc importanța rolului primordial al familiei, însă instrumentele de luptă şi mecanismele de lucru rămân tot în cadrul instituțiilor de specialitate. De aceea, propunem ca specialiştii să colaboreze mai mult cu familiile pentru o reuşită mai sigură.

Dacă ne uităm la aspectele transgeneraționale şi vedem importanța identificării caracteristicilor familiale în consumul de droguri putem spune că se pot observa din timp potențialele probleme, oferind astfel posibilitatea de a întrerupe ciclul abuzului de substanță identificat.[246] Acest lucru presupune o evaluare specializată pe care şcolile ar putea să o includă în schema de tratament a copiilor cu scopul prevenției consumului. Pe de altă parte, dragostea din familie nu este niciodată suficientă. Manifestând o dragoste „neglijentă"[247] față de consumator, rezultatele nu sunt benefice în prevenirea recăderii. Astfel că, este nevoie de o acțiune specifică şi cu caracter profesional pentru a ajuta familia să-şi asume responsabilitățile şi să adopte atitudini benefice față de consumator.

---

[246] Ruxandra Răşcanu, *Alcool şi droguri: „Virtuți" şi capcane pentru tineri, 2008, (Abordare Psihologică)* (Bucureşti: Editura Universității din Bucureşti, 2004), pag. 156–158

[247] Răşcanu şi Zivari, *Psihologie şi psihopatologie în dependență de drog*, 2002, pag. 204

Sunt o serie de autori români care ne ajută în problematica dependenței şi rolul familiei. De exemplu, Răşcanu oferă o serie de sugestii adresate părinților, referitoare la modul în care aceştia trebuie să-i abordeze pe copii în contextul dependențelor. Aceste sfaturi se încadrează în zona cunoştințelor, abilităților şi atitudinilor. Din prima categorie aş aminti: informații despre efectele alcoolului, urmările combinării alcoolului cu drogurile, modalități prin care se poate identifica atunci când copilul are probleme de dependență, informații despre consecințe şi altele. În privința abilităților, Răşcanu îi îndeamnă pe părinți să comunice cu copiii, dar îi şi sfătuieşte cum să comunice, cum să reacționeze față de copii, ce fel de întrebări să le pună şi cum să fie fermi. În privința atitudinilor, din nou avem o serie întreagă prin care părinții sunt încurajați să nu inducă teama şi să mențină legăturile emoționale cu copii: „nu intra în panică, fii vigilent, fii sprijin şi supraveghează, vorbeşte calm şi direct etc."[248] Toate aceste elemente se găsesc în faza de prevenție a consumului, dar pot fi folosite şi în etapa anticipării recăderii.

Iată cum aceste roluri şi abilități (descrise de Răşcanu şi de alții), care în mod tradițional ar fi trebuit dezvoltate la nivelul profesioniştilor, acum încep să fie oferite ca sugestii părinților sau celor din rețeaua de suport a dependenților. Bineînțeles că toate aceste sugestii sunt binevenite şi este încurajator să vedem că ele apar în scris şi în țara noastră. Totuşi, putem aduce în discuție două probleme legate de acest lucru. În primul rând, faptul că acestea sunt nişte sugestii pe hârtie, nedemonstrate în practică. Formarea unor deprinderi necesită un proces specific ce include vizualizarea comportamentului necesar de schimbat sau adoptat. Astfel că, aceste elementele sugerate părinților vor rămâne, probabil, pentru ei un

[248] Răşcanu, *Alcool şi droguri: „Virtuți" şi capcane pentru tineri, 2008, (Abordare psihologică)*, pag. 133–155

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

deziderat greu de atins, chiar şi de către personalul din zona profesională ce se ocupă de copiii lor. În al doilea rând, putem discuta despre faptul că aceste sugestii sunt consemnate în cărțile de specialitate, foarte puțin diseminate la nivelul populației. Probabil că mulți dintre părinții ce se confruntă cu fenomenul dependenței celor dragi nu vor avea acces la aceste materiale şi nici măcar nu vor şti unde să le caute pentru a preveni consumul. De aceea, este important ca nu doar copiii să fie instruiți cu privire la droguri prin programe şcolare, ci şi părinții au nevoie de mecanisme accesibile la care să poată face apel în momentul când se confruntă cu astfel de probleme. Mai mult, pentru a putea preveni consumul de droguri în rândul copiilor, părinții ar trebui să fie instruiți să identifice din timp problemele, să li se ofere un set de abilități pe care să le poată dezvolta în sistem de „laborator" într-o modalitate formativă (eventual cursuri de pregătire sau întâlniri specifice în acest sens). De aceea, părinții trebuie să fie instruiți antidrog. Acest lucru nu este un concept nou, deoarece există suficiente inițiative în Europa de Vest. Important este ca întreg procesul de educare a părinților să fie intenționat şi organizat la nivel de comunități locale pentru a putea fi uşor diseminat, având toate elemente necesare incluse despre prevenția consumului sau anticiparea recăderii.

De aceea, propunerea noastră este formarea unor cursuri la nivelul şcolilor pentru comitetele de părinți cu scopul prevenției consumului, recunoaşterii simptomatologiei consumului, intervenției în criză, intervenției curative pe durata tratamentului şi consilierii, dar, în acelaşi timp, formarea unor abilități de comunicare şi sprijin față de pre-adolescentul sau adolescentul, în persoana propriului copil, care se confruntă în cercul lui de prieteni cu acest flagel. Mai mult, în cadrul instituțiilor de specialitate să se ofere cursuri destinate părinților, în vederea transferului acestui set de

instrumente necesare împotriva consumului de la specialist la părinţi.

Lupta împotriva acestui fenomen poate părea, la un moment dat, fără rezultate, de aceea este necesară angrenarea cât mai eficientă a celor atinşi direct sau indirect de acest flagel. Pregătirea părinţilor poate fi realizată la nivel de şcoală sau prin mecanisme comunitare din jurul nucleului imediat al familiei sau al comunităţii unde îşi desfăşoară aceştia activitatea.

În cadrul şcolilor ar trebui impusă participarea părinţilor la astfel de cursuri. Realitatea pare să demonstreze că lipsa de interes a părinţilor faţă de proprii copii este un element ce favorizează perpetuarea fenomenului. De aceea, ar fi nevoie de identificarea unor mecanisme reale de încurajare şi atragere la participarea în cadrul unor astfel de pregătiri. Ar fi bine să se meargă şi mai departe şi să se propună ca prin forma de asistare a familiei consumatorului, părinţilor să li se solicite participarea la aceste cursuri. Având în vedere că specialiştii recunosc consumul de droguri ca fiind o boală ce implică întreaga familie şi mai apoi societatea, este nevoie ca în procesul de tratament să fie instruiţi şi cei din imediata apropriere a consumatorului (co-dependenţii), chiar dacă aceştia nu vor fi niciodată consideraţi specialiştii din domeniu, ci doar „ajutoarele" lor. După cum o mamă primeşte instrucţiuni de la medicul pediatru legat de modalitatea de administrare a unor medicamente, sau de la învăţătorul copilului legat de efectuarea temelor de casă, sau de la un specialist psiholog legat de evaluarea permanentă a comunicării şi a relaţiilor copilului, tot astfel părinţilor trebuie să li se transfere acest set de cunoştinţe, abilităţi şi atitudini în vederea realizării dezideratului estompării consumului şi a prevenirii recăderii.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

4.3.2 *Propuneri referitoare la beneficiari*

În teza de doctorat susținută de Vasile Daniel în cadrul Universității de Medicină şi Farmacie din Bucureşti, autorul lucrării crede că există o corelare între dependența de unele substanțe interzise şi trăsăturile de personalitate. Acestea sunt legate prin doi algoritmi posibili. În primul rând, este vorba de personalitate ce favorizează consum şi invers. Sunt luate în discuție câteva tipuri de personalități asociate cu dependența de heroină şi cocaină. Tipurile de personalități în discuție sunt menționate ca fiind, în primul rând, personalitățile de tip borderline, personalitatea de tip antisocial (psihopatic), personalitatea de tip narcisist sau schizotipală paranoidă de tip dependent şi altele.[249] Toate aceste explicații ale tulburărilor psihice conclude că pacientul prezintă tulburări ale personalității asociate cu dependența. Bineînțeles, în acest mod persoana este teoretic absolvită de responsabilitate. Tratamentul propus de cercetător este preponderant focalizat spre psihoterapie, asociată cu tratament medicamentos. Totuşi, când cercetătorul îşi prezintă concluziile se observă asocierea mediului familial ca fiind favorabil prevenirii consumului, diminuării lui la nivelul celor care au început consumul, dar şi la nivelul prevenirii parțiale a recăderii. Mai mult, din documentația oferită de cercetător nu putem înțelege dacă şi cum s-a făcut dezintoxicarea şi, eventual, ce fel de tratamente farmacologice au fost aplicate. Cu toate acestea putem observa că propunerile autorului sunt orientate spre a încuraja familiile de proveniență ale dependenților către o coeziune mai mare şi sprijin oferit cu scopul benefic în prevenirea şi reducerea consumului. Astfel că, la nivel de cercetare se propun tratamente psihoterapeutice, dar la concluzii se recomandă familiilor să devină

[249] Vasile, *„Dependența de heroină – corelație cu trăsăturile de personalitate"*, pag. 293–322

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

proactive, fără a menţiona dacă aceste două sisteme sociale în care se încadrează dependentul sunt în conexiune şi dacă există o permeabilitate a cunoştinţelor şi abilităţilor în aşa fel încât profesionistul să beneficieze de aportul familiei, dar şi familia să obţină necesarul de informaţii sau abilităţi de la profesionist.

Iată cum cele două sisteme sunt impermeabile şi separate de evidente bariere sociale (în etapa dezintoxicării), făcând ca tratamentul postcură să fie disociat şi fără continuitate. În schimb obiectivul este să se obţină un flux şi un schimb de abilităţi şi informaţii între cei care sunt actorii-cheie recomandaţi de cercetător ca fiind capabili de a influenţa pozitiv dependentul, în ciuda tulburărilor lui de personalitate. Propunerea pe care o putem face la acest nivel este de a corela intervenţia farmacologică (în dezintoxicare) cu programe sociale specifice (în postcură), în aşa fel încât beneficiarii să nu fie doar pacienţi, ci ei să poată beneficia de asistenţă morală şi socială pentru asigurarea reuşitei în acest demers. De aceea, este recomandat ca accentul să fie pus pe recuperarea morală şi socială, chiar din etapa terapiei farmacologice.

Datorită faptului că beneficiarii au preluat multe dintre comportamentele profesioniştilor care îi ajută, cum ar fi comunicarea sau rezolvarea conflictelor, cuplat cu faptul că îi consideră modele pentru ei, acest lucru sugerează că procesul de transfer al cunoştinţelor, abilităţilor şi atitudinilor trebuie să devină intenţional din partea profesioniştilor. Având în vedere că specialiştii au avut nevoie de cursuri şi seminarii de formare profesională, cu atât mai mult beneficiarii ar avea nevoie de acestea. În acelaşi timp, specialiştii continuă să participe la diverse simpozioane şi cursuri de specializări în comunicare, organizare şi dezvoltare profesională, de aceea ei ar putea implementa în cadrul interacţiunii dintre ei şi beneficiar sesiuni similare, prin care aceştia să fie ajutaţi în acelaşi mod. Mai mult, perioada postcură constituie o altă etapă în care se

poate continua dezvoltarea acestor deprinderi dacă se vor organiza evenimente destinate foştilor consumatori, în vederea prevenirii recăderii şi a menţinerii abstinenţei. De aceea, propunerea concretă este ca instituţiile ce oferă servicii persoanelor consumatoare de droguri să dezvolte programe ce pot asigura prevenirea recăderii. Acest lucru se poate realiza şi cu ajutorul unor instituţii educaţionale, ONG-uri şi instituţii religioase sau culturale.

4.3.3 *Propuneri referitoare la profesionişti, asistenţi sociali*

Procesul de cunoaştere nu se încheie odată cu finalizarea şcolii, ci această cunoaştere devine activă din momentul interacţiunii cu persoana asistată. Astfel, cunoştinţele teoretice ale profesioniştilor sunt importante, dar fără culegerea unor noi informaţii, intervenţia devine minimă sau poate chiar nulă. Dacă un profesionist cunoaşte doar terapiile şi programele unde el lucrează, acesta va fi limitat în oferta de servicii pe care le poate acorda. Mai mult, ar putea obtura posibilităţile de recuperare ale celor cu probleme de dependenţă, având în vedere că este focalizat doar pe propria profesie. Când vine vorba despre infracţiuni ce implică substanţe ilicite, pregătirea personalului poliţienesc a fost efectuată încă din anul 2005. Astfel că lupta cu acest fenomen este pe toate fronturile.[250] Aceeaşi abordare trebuie să existe şi în cadrul pregătirii profesionale a asistenţilor sociali, pentru ca aceştia să fie capabil să facă faţă tuturor provocările profesionale ce le stau înainte.

---

[250] A. Botescu, „From Policies on Alcohol, Tobacco and Other Drugs to a Policy on Psychoactive Substances: Romania" in *From a Policy on Illegal Drugs to a Policy on Psychoactive Substances*, ed. Richard Muscat (Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2008), pag. 151

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În literatura de specialitate se discută despre o ruptură între fenomenul studiat şi aplicarea rezultatelor cercetării în practică.[251] De aceea, autori acestei afirmații susțin necesitatea unei echipe multidisciplinare compuse din specialişti precum: medici, psihologi, asistenți sociali şi alții, pentru a pune în practică rezultatele cercetate. Mai apoi, problema diseminării rezultatelor este analizată şi se poate observa că nu toate cercetările îşi găsesc locul în materialele publicate sau acceptate de către ceilalți specialişti.[252] De aceea, este nevoie de o investiție continuă de promovare a cercetărilor practice realizate, în mod special pentru a-i ajuta pe profesionişti să-şi formeze o bază de cunoştințe solidă şi să păstreze atitudini de continuă învățare. Este nevoie de o permanentă pregătire şi informare a profesioniştilor. De exemplu, tipul de ascultare la care beneficiarii fac referire (analizat la subcapitolul transferului de abilități spre beneficiari) este ceea ce specialiştii numesc „ascultarea activă", manifestată prin interes față de persoana interlocutoare. Aceasta demonstrează capacitatea de a prelua informația aşa cum este ea redată de interlocutor. Aici este nevoie de formarea unor deprinderi de feed-back şi elemente ce pot fi folosite din programarea neurolingvistică în care se acordă cuvintele folosite de beneficiar cu răspunsul oferit de profesionist. Astfel de abilități se formează în timp, dar ele trebuie să fie urmărite intenționat de către sistemul educațional al profesiei de asistent social, iar mai apoi de către profesionistul practicant.

Mai mult, beneficiarii şi familiile acestora vor să observe un set de valori morale şi sociale la profesioniştii cărora le cer ajutorul. Probabil că aşteptările consumatorilor nu sunt împlinite tocmai pentru faptul că profesionistul este definit de profesie şi nu de setul

[251] Peter M. Miller şi David John Kavanagh, *Translation of Addictions Science into Practice* (Boston, Mass: Pergamon, 2007), pag. 345–346.
[252] Ibid, pag. 369.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de valori morale pe care le deține. De aici putem înțelege că dependenții şi familiile acestora doresc să interacționeze cu profesionişti deoarece aceştia oferă un model demn de urmat pentru ei. De aceea este nevoie de o educație continuă şi informare permanentă a profesioniştilor în legătură cu modul în care îşi dezvoltă relații cu beneficiarii şi familie acestora cu scopul comun de a preveni recidiva în consumul de droguri şi a oferi instrumentele necesare celor implicați.

Cercetarea a evidențiat o serie de elemente specifice profesiei asistenței sociale, pornind de la evaluare şi până la monitorizarea intervenției cu încheierea acesteia. Totuşi, propunerea concretă pe care o considerăm oportună este de a transforma procesul intervenției într-un sistem integrat favorabil transferului intențional de cunoştințe, abilități şi atitudini. Acest lucru se încadrează în rolul de formator al asistentului social, atât pentru beneficiar, cât şi în ce priveşte familia acestuia. Astfel că profesioniştii pot organiza diverse activități şi evenimente destinate beneficiarilor şi familiilor acestora. În acelaşi timp, întâlnirile particulare cu aceştia ar putea constitui un alt mijloc de a realiza transferul.

Lipsa experienței consumului de substanțe nocive este percepută eronat de către beneficiari ca fiind o barieră în activitatea cu dependenții. Dacă profesionistul este suficient de capabil să asculte cu empatie şi atenție pentru a evalua corect situația celui în cauză, chiar dacă el personal nu a trecut prin consum, va fi în stare să contribuie pozitiv la recuperarea consumatorului. De aceea, pe lângă formarea academică continuă este important să existe o serie de întâlniri în care să se aducă împreună expertiza profesioniştilor cu experiența consumatorilor şi astfel transferul să aibă loc în ambele sensuri.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

4.3.4 *Elemente de politici sociale privitoare la consumul de droguri*

Pentru a reuşi formularea unor politici sociale este importantă existenţa unor date concrete şi actuale. Acest lucru facilitează formarea unor politici naţionale şi regionale folositoare situaţiei consumului de droguri. Sinclair ne propune trei situaţii necesare pentru a fi finalizate cu scopul de a accentua importanţa culegerilor de date în formarea politicilor naţionale. În primul rând, este menţionat interesul mass-mediei care cere explicaţii despre pericole, tratamente şi alternative medicale;[253] mai apoi avem specialiştii care au nevoie de pregătire specifică în funcţie de datele culese prin programul specializat în acest sens;[254] mai apoi sunt menţionaţi politicienii care doresc să promoveze legi concrete şi benefice în acest domeniu.[255] Astfel că propunerea concretă este de concepere a unui sistem centralizat de culegere de date referitoare la evoluţia şi caracteristicile consumului de droguri. Este adevărat că în momentul de faţă lucrările de doctorat realizate în cadrul Facultăţii de Sociologie şi Asistenţă Socială contribuie la atingerea acestui deziderat prin cercetările deja realizate în acest domeniu.

Mai mult, aşa cum am observat în capitolul 1, nu doar profesioniştii contribuie la formarea deprinderilor, cunoştinţelor şi atitudinilor beneficiarilor şi familiilor acestora, ci şi mass-media, comunitatea, părerea liderilor informali şi formali, şcoala primară, deciziile politice etc. Toate acestea pot constitui elemente specifice pentru o viitoare cercetare cu scopul de a vedea întreg tabloul formării de cunoştinţe, abilităţi şi atitudini. Astfel că se impune propunerea unei nucleu de cercetare continuă la nivel de

---

[253] Hamish; Carlo Bertorello; Michela Rial; Dusan Nolimal Sinclair, *Drug Treatment Demand Data: Influence on Policy şi Practice* (Strasbourg: Council of Europe, 2006), pag. 39

[254] Ibid., pag. 40.

[255] Ibid., pag. 42–46

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

universitate, cuplat cu instituţiile de stat şi particulare pentru a reduce distanţa dintre teorie şi practică.

Un alt element important este adaptabilitatea continuă a serviciilor şi tipurilor de tratamente care să fie adecvate atât la nivel european, dar mai ales la nivelul fiecărei ţări în parte. Acest lucru trebuie să fie o preocupare continuă, chiar dacă este o provocare permanentă pentru profesioniştii care activează în acest domeniu. Această preocupare nu doar că va dezvolta o varietate de servicii, dar, în acelaşi timp, caută răspunsuri „din ce în ce mai diferenţiate"[256] faţă de acest fenomen complex al societăţii contemporane.

Totodată, este nevoie să fie dezvoltate sisteme educaţionale în contextul social românesc care să pregătească personalul pentru situaţiile specifice ţării noastre. Încercarea de a adapta modele internaţionale pentru a se potrivi situaţiei naţionale poate, uneori, să fie atât anevoioasă, cât şi neproductivă. De exemplu, Răşcanu sugerează că formele de terapie de tip AA şi NA care includ cei 12 paşi şi care au la bază principii spirituale se adresează doar persoanelor cu „dependenţe vechi care sunt disperaţi, astfel încât sunt gata să încerce".[257] Aceasta perspectivă ar trebui fi verificată atât teoretic, cât şi practic în România, chiar dacă în ţara noastră ea fost folosită ca metodă de la începutul anilor 1990. Probabil că „noile" metode psiho-farmaceutice atrag specialiştii cu atât mai mult cu cât nu implică acele elemente de spiritualitate ce pot stânjeni un profesionist ce are la bază un demers preponderent ştiinţific şi mai puţin spiritual. Oricum, recunoaşterea importanţei spiritualităţii este

---

[256] Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie OEDT, „Situaţia drogurilor în Europa: raportul anual 2008" (Luxemburg: Oficiul pentru Publicaţii Oficiale ale Comunităţilor Europene, 2008), pag. 12 şi 96

[257] Răşcanu şi Zivari, *Psihologie şi psihopatologie în dependenţă de drog*, 2002, pag. 101

un pas greu pentru unii dintre specialişti. Acest lucru nu se întâmplă la nivel cognitiv sau verbal, ci la nivel practic. Nu este de mirare că mulţi specialişti români evită abordările care presupun influenţe religioase, preferându-le pe cele cu demers preponderent ştiinţific. În acelaşi timp, profesioniştii se simt mai confortabili cu ceea ce pot explica sau, cel puţin, cu ceea ce pot face, decât cu ceea ce nu pot explica şi, bineînţeles, nu pot oferi ca serviciu. De aceea, o ultimă propunere este de a se forma echipe multidisciplinare ce pot include atât specialişti psihologi, asistenţi sociali, medici, cât şi personal religios, în toate programele de asistenţă a celor cu problema consumului de droguri. Astfel de echipe ar trebui să includă profesionişti din întreg spectrul ştiinţelor socio-umane care sunt pregătiţi temeinic în acest sens.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa 1. Cadru juridic

Cadrul juridic internaţional înainte de 1989, preluat ulterior de România:[258]

- Convenţia din 1912, convenţie internaţională asupra opiumului, semnată la Haga, la 23 ianuarie 1912, cu amendamentele stabilite în protocolul semnat la Lake Success, New York, la 11 decembrie 1946;

- Convenţia şi Protocolul asupra opiumului încheiate la Geneva în 19 februarie 1925, cu ocazia celei de-a doua Conferinţe a opiumului, promulgate de România prin Decretul nr. 1578 din 5 iunie 1928;

- Convenţia internaţională din 1931 privind limitarea producerii şi reglementarea narcoticelor, semnată la Geneva la 13 iulie 1931, cu amendamentele aduse la Lake Success în 1946;

- Acordul din 1931 privind controlul asupra consumului de opiu fumat în Extremul Orient, semnat la Bangkok, la 27 noiembrie 1931, cu amendamentele de la Lake Success în 1946;

- Convenţia pentru reprimarea traficului ilicit de droguri vătămătoare, semnată la Geneva la 26 iunie 1936, şi ratificată în România prin Decretul-Lege nr. 169 din 27 mai 1938;

- Protocolul din 1946 semnat la Lake Success, New York, la 11 decembrie 1946, prin care au fost aduse amendamente la acordurile, convenţiile şi protocoalele asupra stupefiantelor încheiate la Haga, Geneva, Bangkok;

- Protocolul din 1948 semnat la Paris 19 noiembrie 1948, prin care se pun sub control internaţional anumite droguri, neprevăzute de convenţia din 13 iulie 1931, privind limitarea producerii şi reglementarea desfacerii narcoticelor, cu amendamentele ce au fost aduse prin Protocolul din 1946;

---

[258] Informaţii preluate de la: Punctul Focal Naţional, *Raport Naţional privind problematica drogurilor în România în anul 1999*, www.mai.gov.ro/Documente/CCPI/**Punctul_National_Focal**.pdf, accesat 6 iunie 2012. Acest Punct Focal Naţional este astăzi parte din Agenţia Naţionala Antidrog.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Decretul nr. 227/1950 pentru reglementarea întrebuinţării stupefiantelor;

- Decretul nr. 496/1952 pentru reglementarea regimului substanţelor şi produselor toxice;

- Protocolul din 1953 privind limitarea şi reglementarea culturilor de mac, precum şi producerea, comerţul internaţional, comerţul en-gros şi folosirea opiului, semnat la New York, la 23 iulie 1953;

- Hotărârea consiliului de miniştri nr. 1.178/1954 privind comunicarea unor date în legătură cu importul, folosirea şi difuzarea stupefiantelor;

- Hotărârea Consiliului de miniştri nr. 1.926/1960 prin care statul nostru acceptă protocoalele din 11 decembrie 1946 şi din 19 noiembrie 1948, care amendează convenţiile internaţionale, punând sub control unele droguri şi reglementând fabricarea şi distribuirea stupefiantelor;

- Convenţia Unică asupra stupefiantelor, încheiată la New York la 30 martie 1961, amendată prin Protocolul de la Geneva din 25 martie 1972, la care România a aderat prin Decretul nr. 626/1973, publicat în Buletinul Oficial, Partea I, nr. 213/1973;

- Convenţia din 1961; convenţie unică asupra stupefiantelor, semnată la 23 iunie 1953;

- Convenţia internaţională asupra substanţelor psihotrope, semnată la Viena, la 21 februarie 1971;

- Protocolul privind amendamentele la convenţia unică asupra stupefiantelor din 1961, semnat la Geneva, la 25 martie 1972;

- Convenţia Naţiunilor Unite din 1971 privind substanţele psihotrope;

- Convenţia Naţiunilor Unite din 1988 împotriva traficului ilicit de substanţe stupefiante şi psihotrope;

Cadrul juridic intre anii 1990 – 2000:[259]

- Hotărârea Guvernului nr. 75/1991 privind stabilirea şi sancţionarea contravenţiilor la normele privind regimul produselor şi substanţelor stupefiante;

---

[259] Informaţii preluate de la: Punctul Focal Naţional, *Raport Naţional privind problematica drogurilor în România în anul 1999*, www.mai.gov.ro/Documente/CCPI/**Punctul_National_Focal**.pdf, accesat 6 iunie 2012.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Legea nr. 118/1992 prin care România aderă la Convențiile Națiunilor Unite din anii 1971 şi 1988.

- Legea nr. 100/1998 referitoare la asistența de sănătate publică. În anexa nr. 1 a legii sunt trecute programele naționale de sănătate publică, organizate şi finanțate de Ministerul Sănătății; în cadrul acesteia este inclus Programul național de prevenire şi control al toxicomaniei şi patologia indusă.

Mai multe hotărâri şi ordine ale ministrului sănătății sunt oferite ca instrumente de lupta împotriva traficului, dar vizează şi consilierea persoanelor afectate de acest fenomen.

- Legea nr. 21/1999 pentru prevenirea şi sancționarea spălării banilor;

- Codul vamal al României incriminează, la art. 176, drept infracțiune, contrabanda, fără autorizație, a produselor şi substanțelor stupefiante sau psihotrope, a precursorilor şi substanțelor chimice esențiale.

Legislația privind fenomenul droguri după 2000, în România:

- Legea nr. 134/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri;

- Legea nr. 300/2002 privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor, împreună cu Hotărârea Guvernului nr. 1.121/2002 pentru aprobarea regulamentului de aplicare a legii;

- Hotărârea Guvernului nr. 1.489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog;

- Legea nr. 186/2007 privind regimul precursorilor de droguri a fost ulterior completată cu Hotărârea Guvernului nr. 358/2008, care aduce completări la Hotărârea Guvernului nr. 1.489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog

- Legea nr. 522/2004 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri;

- Legea nr. 332/2005 de aderare a României la *Convenția cadru WHO* pentru controlul tutunului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.088 din 2 decembrie 2005;

- Legea nr. 214/2007 de aderare a României la *Convenția de cooperare polițienească pentru Europa de Sud-Est,* publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 475 din 16 iulie 2007.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bibliografie

Academia Romană. *Dicționar explicativ al limbii române, Ediția a II–A*. București: Univers Enciclopedic, 1998.

Abraham, Pavel. *Asistenta și reabilitarea persoanelor consumatoare de droguri. Metoda de hoop*. București: Editura Național, 2004.

Abraham, Pavel. *Comunitatea, Poliția și tranziția*. București: Editura Național, 1996.

Abraham, Pavel. *Comunitatea terapeutică: metoda de tratament a persoanelor dependente de droguri*. București: Civitas, 2008.

Abraham, Pavel. *Legislație în asistență socială*, Colecția Juridică. București: Editura Național, 1999.

Abraham, Pavel, Toma Vasile Rus, Adriana Crăciun. *Drogurile, reglementări internaționale și interne*, Colecția Universitară; Seria Juridică. Cluj-Napoca: Editura Dacia, 2004.

Agnew, Robert. „A Revised Strain Theory of Delinquency." *Social Forces* 64, no. 1 (1985): 151–67.

Akers, Ronald L., and Gary F. Jensen. *Social Learning Theory and the Explanation of Crime : A Guide for the New Century*, Advances în Criminological Theory,. New Brunswick, N.J.: Transaction, 2003.

Alecu, Gheorghe. *Manual de educație antidrog*. Constanța: Editura APM SA, 2003.

Anghelescu, Ilinca & Ivan, Irina „Dependența la ea acasă." *Secolul 21* 1–4 (2004): 67–72.

Barker, Robert L. *The Social Work Dictionary*. 5th ed. Washington, DC: NASW Press, 2003.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Baker, T. B., M. E. Piper, D. E. McCarthy, M. R. Majeskie, and M. C. Fiore. „Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement." *Psychological review* 111, no. 1 (2004): 33.

Banciu, D., S. Rădulescu. *Sociologia crimei şi a criminalităţii*. Bucureşti: Şansa, 1996.

Banciu, D., Rădulescu S. *Corupţie şi crimă organizată în România*. Bucureşti: Continent XXI, 1994.

Baudelaire, Charles. *Paradisurile artificiale*. Bucureşti: Editura Univers, 2001.

Becker, Howard. „Becoming a Marihuana User." *American Journal of Sociology, Published by: The University of Chicago Press* 59, no. 3 (1953): 235–42.

Becker, Howard Saul. *Outsiders; Studies în the Sociology of Deviance*. London: Free Press of Glencoe, 1963, (Revised 1973).

Bercheşan, Vasile, and Constantin Pletea. *Drogurile şi traficanţii de droguri*, Piteşti: Paralela 45, 1998.

Bituleanu, Mihaela Mariana. *„Reintegrarea socio-profesionala a persoanelor consumatoare de droguri."* Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, Universitatea din Bucureşti, 2010.

Blume, Arthur W. *consumul şi dependenţa de droguri: ghid practic de evaluare, diagnostic şi tratament*, Psihologie clinică şi psihoterapie. Iaşi: Polirom, 2011.

Botescu, A. „From Policies on Alcohol, Tobacco and Other Drugs to a Policy on Psychoactive Substances: Romania în *„From a Policy on Illegal Drugs to a Policy on Psychoactive Substances"*, edited by Richard Muscat, 192. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2008.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bourner, Tom. „The Research Journey: Four Steps to Success." În *Research Methods for Postgraduates* edited by Tony Greenfield, 7–12. London Arnold, 2002.

Bruinsma, Gerben J. „Differential Association Theory Reconsidered: An Extension and Its Empirical Test." *Joùrnal of quantitative criminology* 8, no. 1 (1992): 29–49.

Burgess, Ronald., & Akers Ronald. „A Differential Association-Reinforcement Theory of Criminal Behavior. Social Problems." *Autumn* 14, no. 2 (1966): 128–47.

Chelcea, Septimiu. *Metodologia cercetării sociologice. metode cantitative și calitative*. București: Editura Economică, 2004.

Cloward, Richard Andrew, and Lloyd Edgar Ohlin. *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs*: New York: Free Press, London; Collier-Macmillan, 1966.

Cohen, Phil. „Sub-Cultural Conflict and Working Class Community." *Working Papers in Cultural Studies, University of Birmingham.*, no. 2 (1972).

Crabb, Lawrence J. *Effective Biblical Counseling*. Grand Rapids: Zondervan Pub. House, 1977.

Cucciare, M. A., K. R. Weingardt, and S. Villafranca. „Using Blended Learning to Implement Evidence-Based Psychotherapies." *Clinical Psychology: Science and Practice* 15, no. 4 (2008): 299–307.

Currie, E. *Crime and Punishment in America*: Picador, 1998.

Currie, Elliott. „Towards a Policy on Drugs." *Dissent* (Winter 1993).

Dackis, C., and C. O'Brien. „Neurobiology of Addiction: Treatment and Public Policy Ramifications." *Nature Neuroscience* 8, no. 11 (2005): 1431–36.

Drăgan, Jenică. *Drogurile în viața românilor: De la Zalmoxis la Ceaușescu: Pagini Dintr-o istorie inedită*. [Bucharest]: Editura „Magicart Design", 1996.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Drăgan, Jenică. „Incriminarea traficului ilicit de droguri." Academia de Poliţie „Alexandru Ioan Cuza", 1997.

Drăgan, Simona. „Dependenţa şi delicvenţa." *Secolul 21* 1–4 (2004): 119–28.

Drummond, D. C. „Theories of Drug Craving, Ancient and Modern." *Addiction* 96, no. 1 (2001): 33–46.

FCS21, (Fundatia Culturala Secolul 21). „Consumul De Droguri – O Problemă Românescă în Context Globalizat." Paper presented at the Societate civila, Bucureşti, 22 Aprilie 2004.

Flick, Uwe. *An Introduction to Qualitative Research*. 2nd ed. London ; Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 2002.

Georgescu, Daniela, Ana Maria Moldovan, and Gabriel Cicu. *Ghid de prevenire a consumului de droguri în rândul adolescenţilor şi tinerilor*. Bucureşti: Detectiv, 2007.

Gifford, E., and K. Humphreys. „The Psychological Science of Addiction." *Addiction* 102, no. 3 (2007): 352–61.

Gossop, Michael „Classification of Illegal and Harmful Drugs", *British Medical Journal* 333, no. 7563 (2006): 272–73.

Grigurcu, Gheorghe. „O farsă metafizică" *Secolul 21* 1–4 (2004): 6–10.

Heyman, Gene M. „Addiction: A Latent Property of the Dynamics of Choice." În *What Is Addiction?*, edited by Don Ross, Harold Kincaid, David Spurrett and Peter Collins, 159–90. Cambridge, Massachusetts/ London, England: MIT, 2010.

Hines-Davenport, Robert. „Scriitorii şi drogurile." *Secolul 21* 1–4 (2004): 190–94.

Hirschi, Travis. *Causes of Delinquency*. Berkeley.: University of California Press, 1969.

Kraiger, K, J. K. Ford, and E Salas. „Application of Cognitive, Skill-Based, and Affective Theories of Learning Outcomes to New Methods of Training Evaluation." *Journal of Applied Psychology* 78 (1993): 311–28.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Irimia, Valer. „Diaconia, între asistența socială şi filantropie socială." Universitatea Bucureşti, 2006.

Koda-Kimble, Mary Anne. *Applied Therapeutics : The Clinical Use of Drugs*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

Kubrin, Charis. and Ronald Weitzer. „New Directions în Social Disorganization Theory." *Journal of Research în Crime and Delinquency November* 40, no. 4 (2003): 374–402.

La Cava, Gloria , Paula Lytle, Alexandre Kolev, and Carine Clert with Zeynep Ozbil, Diana Marginean. *Young People în South Eastern Europe: From Risk to Empowerment*. Edited by Environmentally and Socially Sustainable Development Social Development Team. Washington: The World Bank, 2007.

Lauer, Robert H. *Social Problems and the Quality of Life*. 6th ed. Madison, Wis.: Brown & Benchmark Publishers, 1995.

Manoiu, Florica, and Epureanu Viorica. *Asistența socială în România*. Bucureşti: Institutul Biblic şi de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, 992.

Marginean, Ioan. *Proiectarea cercetării sociologice*. Iaşi: Polirom, 2000.

Merton, Robert K. *Social Theory and Social Structure*: New York: Free Press, 1966.

Mihai, Sanda Luminita. „*Politici de prevenție primara şi secundara privind uzul şi abuzul de heroină la adolescent.*" Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Universitatea din Bucureşti, 2002.

Miles, Matthew B, and A. M. Huberman. *Qualitative Data Analysis : An Expanded Sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

Miller, Norman S., and Mark S. Gold. „A Neurochemical Basis for Alcohol and Other Drug Addiction." *Journal of Psychoactive Drugs* 25, no. 2 (1993): 121–28.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Miller, Peter M., and David John Kavanagh. *Translation of Addictions Science into Practice*. Boston, Mass.: Pergamon, 2007.

Miller, W. R., J. L. Sorensen, J. A. Selzer, and G. S. Brigham. „Disseminating Evidence-Based Practices în Substance Abuse Treatment: A Review with Suggestions." *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, no. 1 (2006): 25–39.

Moore, Nick. *How to Do Research*. London: Library Association Publishing, 2000.

Muntean, Ana & Sagebiel, juliane. *Practici în asistenţa socială*. Iaşi: Polirom, 2007.

Muscat, Richard., Thóroddur Bjarnasson, François Beck, Patrick Peretti-Watel. *Risk Factors în Adolescent Drug Use: Evidence from School Surveys and Application în Policy*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2007.

Negreiros, Jorge. *Psychological Drug Research: Current Themes and Future Developments*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2006.

Norcross, J. C., G. P. Koocher, N. C. Fala, and H. K. Wexler. „What Does Not Work? Expert Consensus on Discredited Treatments în the Addictions." *Journal of Addiction Medicine* 4, no. 3 (2010): 174–80.

O'Donnell, John A., and John C. Ball. *Narcotic Addiction*. New York,: Harper & Row, 1966.

Oberschall, Anthony. „Theories of Social Conflict." *Annual Review of Sociology* 4 (August 1978): 291–315

OEDT, Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie. *Raportul Anual 2011, Situaţia drogurilor în România*. Luxemburg: Oficiul pentru Publicaţii al Uniunii Europene, 2011.

OEDT, Observatorul European pentru Droguri şi Toxicomanie. „Situaţia drogurilor în Europa: raportul anual 2008." Luxemburg: Oficiul pentru Publicaţii Oficiale ale Comunităţilor Europene, 2008.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Operations, Research. *Presa şi consumatorii de droguri. reprezentarea media a discriminării împotriva consumatorilor de droguri.* UNICEF: Romanian Harm Reduction Research/ ARAS, 2004.

Pădurariu, Adina. *„Metode şi tehnici de reabilitare şi reinserţie socială a femeilor toxico-dependente."* Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, Universitatea din Bucureşti, 2010.

Padwa, Howard, and Jacob Cunningham. *Addiction: A Reference Encyclopedia.* Santa Barbara, Calif.: ABC-CLIO, 2010.

Palmgreen, P., L. Donohew, E. P. Lorch, M. Rogus, D. Helm, and N. Grant. „Sensation Seeking, Message Sensation Value, and Drug Use as Mediators of Psa Effectiveness." *Health Communication* 3, no. 4 (1991): 217–27.

Patton, Q, Michael. *Qualitative Evaluation and Research Methods.* London: Sage Publications, 2002.

Popping, R. *Computer-Assisted Text Analysis*, New Technologies for Social Research. London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 2000.

Proiectul, Coeziunea pentru acţiune comunitară şi abordare integrată a consumului de noi substanţe cu proprietăţi psihoactive. *Ghid practic de prevenire a consumului de droguri şi intervenţie în şcoală.* Iaşi: Spiru Haret/ Primăria Iaşi şi „Salvaţi Copii", 2010.

Prelipceanu, Dan & Mihăilescu, Radu. „Scurt tratat", *Secolul 21* 1–4 (2004): 11–35.

Parlamentul României. *Prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri.* Legea 143/ 2000.

Răducanu, Dima Aida *„Reabilitarea persoanelor toxico-dependente în mediul penitenciar."* Universitatea din Bucureşti, 2011.

Rădulescu, M. Sorin. *Sociologia consumului şi abuzului de droguri.* Bucureşti: Editura Lumina Lex, 2000.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Rădulescu, M. Sorin, and Cristian Dâmboeanu. „Actualitatea problemei drogurilor în România. evaluări calitative." *Revista Română de Sociologie* XVIII, no. 5–6 (2007): 445–88.

Răşcanu, Ruxandra. *Alcool şi droguri: „virtuţi" şi capcane pentru tineri (Abordare psihologică)*. Bucureşti: Editura Universităţii din Bucureşti, 2004.

Răşcanu, Ruxandra. *Dependenţă şi drog: aspecte teoretice şi clinice ameliorative*. Bucureşti: Universităţii din Bucureşti, 2008.

Răşcanu, Ruxandra, and Mirela Zivari. *Psihologie şi psihopatologie în dependenţa de drog*. Bucureşti: Ars Docendi, 2002.

Regoli, Robert M., John D. Hewitt, and Matt DeLisi. *Delinquency în Society*. 8th ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2010.

Richard, Denis, and Senon Jean-Louis. *Dicţionar de droguri, toxicomanii şi dependenţe*. Edited by Pavel Abraham. Bucureşti: Editura Ştiinţelor Medicale, 2005.

Ritzer, George. *Modern Sociological Theory*. 5th ed. Boston: McGraw Hill, 2000.

Robinson, T. E., and K. C. Berridge. „The Psychology and Neurobiology of Addiction: An Incentive Sensitization View." *Addiction* 95, no. 8s2 (2000): 91–117.

Ross, Don, Harold Kincaid, David Spurrett, and Peter Collins. *What Is Addiction?* Cambridge, Mass. ; London: MIT Press, 2010.

Rus, Toma. *„Prevenirea şi combaterea consumului şi traficului ilicit de droguri în România."* Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, Universitatea din Bucureşti, 2006.

Sellin, Thorsten. „Culture Conflict and Crime." *American Journal of Sociology* 44, no. 1 (iulie 1938): 97–103.

Sinclair, Hamish; Carlo Bertorello; Michela Rial; Dusan Nolimal. *Drug Treatment Demand Data: Influence on Policy and Practice*. Strasbourg: Council of Europe, 2006.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Stroescu, Valentin. *Farmacologie clinică*. Bucureşti: Editura Medicală, 1977.

Suceavă, Ion, and Olaru Petre. *Paradisul iluzoriu. Lumea drogurilor – o lume a degradării umane*, Bucureşti: Ed. Militară, 1989

Sutherland, Edwin Hardin. *Principles of Criminology*. Chicago, Philadelphia [etc.]: J. B. Lippincott company, 1939.

Tepperman, Lorne, and James E. Curtis. *Principles of Sociology : Canadian Perspectives*. 2nd ed. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Tevyaw, T. O. L., and P. M. Monti. „Motivational Enhancement and Other Brief Interventions for Adolescent Substance Abuse: Foundations, Applications and Evaluations." *Addiction* 99 (2004): 63–75.

Trandafir F.D., Traficul ilicit de droguri şi terorismul, referat, Universitatea „Bioterra", Bucureşti, Facultatea de Drept, 2007

Țurlea, Stelian. *Bomba drogurilor*. Bucureşti: Humanitas, 1991.

Vasile, Daniel. „Dependența de heroină – corelație cu trăsăturile de personalitate." Universitatea de Medicina şi Farmacie „Carol Davila", 2001.

Vlaşin, Alexandru. „Torța Antidrog", prezentare realizată în conferința: „Spiritualitate şi dependență de droguri", Agenția Națională Antidrog, Bucureşti 2005

Voicu Costică; Drăgan Jenică; Popescu Constantin. *Dicționar enciclopedic de droguri*. Bucureşti: Serviciul Editorial, 1991.

Wisker, Gina. *The Postgraduate Research Handbook*. Hampshire, New York: Palgrave, 2001.

WHO. *Lexicon of Alcoho and Drug Terms*. Geneva: WHO, 1994.

West, R., and A. Hardy. *Theory of Addiction*. Vol. 1: Wiley-Blackwell, 2006.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Zuckerman, M. *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*: Cambridge Univ Pr, 1994.

Pagini de internet:

ANA, cadrul legislativ: http://www.ana.gov.ro/rapoarte_nationale.php, 6 iunie 2012.

De Hoop, http://www.dehoop.org/site/dehoopfoundation/, iunie 2012.

Guvernul SUA, http://www.nih.gov/news/health/oct2011/niaaa-26.htm, Iunie 2012

ARAS: http://www.arasnet.ro/resurse/publicatii/, septembrie 2012.

Revistă de informare privind drogurile:

http://www.revista-informare.ro/showart.php?id=127&rev=5,

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tiparul s-a executat sub cda nr. 3508/2014
la Tipografia Editurii Universității din București

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2014/8920

Problemele sociale au la bază nerespectarea sau chiar ignorarea valorilor sociale general recunoscute. De aceea s-a impus dezvoltarea domeniului ştiinţific, care să ajute la înţelegerea individului şi a societăţii, dar şi a interacţiunii acestora, utilizând corect resursele pe care Dumnezeu ni le-a pus la dispoziţie, atât în natura înconjurătoare, cât şi în semenii noştri. Lucrarea de faţă propune un set de abilităţi, cunoştinţe şi atitudini cercetate îndeaproape, necesare profesioniştilor asistenţi sociali, ajutându-i la prevenirea recăderii în dependenţa de droguri a persoanelor atinse de acest flagel.

9 786061 604814

Editura Universităţii din Bucureşti

LEI 19.50

SI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY